

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

POUR

N^o 577

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1899, à 1 heure

Par ROBERT PASQUIER

Né à Paris, le 13 octobre 1872.

Ancien externe des Hôpitaux.

DIAGNOSTIC

ET

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Des Kystes hydatiques du Poumon

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

LEJARS et WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N^o 377

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 juillet 1899, à 1 heure

Par ROBERT PASQUIER

Né à Paris, le 13 octobre 1872.

Ancien externe des Hôpitaux.

DIAGNOSTIC

ET

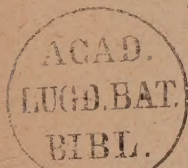
TRAITEMENT CHIRURGICAL
Des Kystes hydatiques du Poumon

Président : M. LANNELONGUE, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

LEJARS et WALTHER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.....	M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....		MM.
Anatomie.....			FARABEUF.
Physiologie.....			CH. RICHET.
Physique médicale.....			GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....			GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....			BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....			BOUCHARD.
Pathologie médicale.....			HUTINEL.
			DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....			LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....			CORNIL.
Histologie.....			MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....			TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....			POUCHET.
Thérapeutique.....			LANDOUZY.
Hygiène.....			PROUST.
Médecine légale.....			BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....			N...
Pathologie expérimentale et comparée.....			CHANTEMESSE.
			POTAIN.
Clinique médicale.....			JACCOUD.
			HAYEM.
			DIEULAFOY
			GRANCHER.
Maladies des enfants.....			JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....			FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..			RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....			BERGER.
			DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....			LEDENTU.
			TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....			PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....			GUYON.
Clinique d'accouchement.....			BUDIN.
			PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	VAQUEZ.
CHASSEVENT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques..... M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR TUFFIER

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière.

*Qui, depuis mon entrée dans la carrière
médicale, n'a cessé de me donner les preuves
de son intérêt et de sa bienveillance, je
dédie cette thèse, comme faible témoignage
de ma gratitude.*

R. P.

Juillet 1899.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNELONGUE

Chirurgien des hôpitaux,

Membre de l'Académie des Sciences et de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'honneur.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CHIRURGICAL
DES
KYSTES HYDATIQUES DU POUMON

AVANT-PROPOS

Que nos Maîtres dans les hôpitaux veuillent bien nous permettre de leur adresser l'expression de notre respectueuse et profonde reconnaissance.

Nous remercions d'abord M. le professeur Lannelongue, dans le service duquel nous avons été en qualité d'externe, du grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant de présider cette thèse.

Nous avons été aussi l'externe de :

MM. Théophile Auger et Tuffier ;

Duguet ;

Gouguenheim ;

Broca ;

G. Lion,

et l'élève de MM. Launois, Ribemont - Dessaignes,
Lepage, Rigal, Dalché, Létienne.

Auprès de tous ces maîtres, nous avons toujours
trouvé l'accueil le plus bienveillant et l'enseignement
le plus utile.

A eux tous, nous disons merci du fond du cœur.



INTRODUCTION

Cette thèse nous a été inspirée par notre maître, M. le docteur Tuffier, dans le service duquel nous avons eu l'heureuse fortune d'observer deux malades atteints de kystes hydatiques du poumon, et qui furent guéris par la pneumotomie.

En lisant toutes les observations publiées sur les kystes hydatiques du poumon, nous avons été frappé de la rareté des cas où le diagnostic ferme de kyste hydatique du poumon ou de la plèvre ait été porté.

Est-ce donc un diagnostic impossible à faire ? Nullement ; mais une distinction s'impose. En Australie, par exemple, où la maladie hydatique est très fréquente, où les praticiens sont habitués à la rencontrer, le diagnostic est aisé, même au début. Tout individu qui tousse d'une façon continue, qui est atteint d'hémoptysies et qui présente de la matité localisée à l'un des poumons, sans avoir de bacilles de Koch dans les crachats, est considéré comme porteur d'un kyste

hydatique et traité en conséquence. La maladie est dépistée dès le commencement de son évolution.

Dans nos pays, au contraire, où la tumeur acéphalocyste du poumon est une rareté, le chirurgien, quand par hasard il la rencontre, ne pense même pas le plus souvent qu'il puisse se trouver en sa présence : d'où forcément une erreur de diagnostic.

D'ailleurs, ce diagnostic est toujours extrêmement difficile et même quelquefois impossible au début.

Il y a des cas où l'on reconnaît forcément la nature de la maladie, c'est quand on a sous les yeux les pièces mêmes du procès. Il faut alors qu'une vomique ait rejeté des hydatides, ou qu'une ponction exploratrice ait ramené du liquide caractéristique, avec ses débris de membranes feuilletées et ses crochets pathognomoniques.

Nous avons pensé qu'il pourrait être intéressant d'étudier les moyens dont nous disposons pour *diagnostiquer* et *traiter* avec succès cette maladie redoutable.

Nous nous sommes limité à ces deux points particuliers de la question, **Diagnostic** et **Traitement**, sans nous arrêter à l'étiologie et l'anatomie pathologique sur lesquelles tout le monde est d'accord depuis les remarquables travaux de Davaine.

Avant de traiter le *Diagnostic*, il est indispensable d'étudier l'évolution des kystes hydatiques du poumon,

les signes qui leur sont propres, les symptômes et les phénomènes auxquels ils donnent naissance.

Quand nous connaissons les caractères de la tumeur acéphalocyste, nous serons armés d'éléments précieux qui nous permettront de reconnaître une affection qui a besoin, pour être *traitée* d'une manière efficace, d'être dépistée le plus près possible de son début.

Je diviserai ce travail en trois chapitres :

I. — Symptômes et évolution du kyste hydatique du poumon ;

II. — Diagnostic ;

III. — Traitement chirurgical.

Je fais suivre cette étude d'un tableau dans lequel j'ai groupé tous les cas que j'ai pu trouver et où une intervention avait été pratiquée.



CHAPITRE PREMIER

Symptômes

Il y a des kystes hydatiques du poumon qui peuvent évoluer sans donner naissance à aucun symptôme : la preuve en est que parfois à l'amphithéâtre on rencontre des sujets porteurs d'une tumeur échinococcique, morts d'une toute autre affection que celle qui nous occupe et qui, durant leur existence, n'avaient éprouvé aucun phénomène pulmonaire.

Mais ces trouvailles d'autopsie sont des exceptions, et presque toujours les kystes hydatiques du poumon présentent un ensemble symptomatique qui attire sur eux l'attention du malade et du médecin.

On peut diviser l'évolution du kyste hydatique du poumon en plusieurs étapes. G. Sée et Talamon distinguent trois périodes : la période latente, la période d'état, la période des complications aboutissant à la guérison ou à la mort.

D'après Behr, la rupture du kyste dans les bronches est un phénomène tellement fréquent qu'il doit être considéré, non comme une complication, mais comme

une phase presque obligée de l'hydatide pulmonaire, — et cet auteur distingue quatre phases dans la description clinique des tumeurs échinococciques du poumon : une phase latente, une phase d'état, la rupture dans les bronches et enfin la période de caverne hydatique faisant suite à la précédente. — C'est ce plan que nous suivrons.

I. — Pendant la **période latente**, le kyste se développe lentement, sans produire de phénomène réactionnel. Ce n'est qu'un corps étranger aseptique et comme tel le poumon le supporte et le tolère d'une façon remarquable.

Tout au plus peut-on noter de la toux et de l'oppression, des douleurs vagues ; mais ces symptômes ne peuvent guère être rapportés à leur cause véritable. On observe parfois la perte graduelle des forces ; dans certains cas, l'anéantissement et la lassitude sont très accusés.

Il est impossible de décrire cette période. Sa durée est indéterminée, ou plutôt indéterminable. Quelquefois, nous l'avons vu, le kyste n'a été reconnu qu'à l'autopsie (Obs. IX). Les petits kystes peuvent d'ailleurs se calcifier et rester dans le parenchyme pulmonaire, sans jamais donner lieu à aucun symptôme,

II. — La **période d'état** est caractérisée par des phénomènes différents, suivant que le kyste est *non infecté* ou *infecté*.

A. Examinons d'abord le cas où le kyste n'est pas infecté.

Sa présence dans le tissu pulmonaire — ou tout au moins son augmentation de volume — est marquée par deux ordres de symptômes : des symptômes fonctionnels ou de voisinage, et des symptômes physiques, propres au kyste lui-même.

1° Les *symptômes fonctionnels* sont dus à l'irritation broncho-pulmonaire ou à la compression. Ce sont la toux, la dyspnée, la douleur, l'expectoration sanglante.

La *toux* est habituellement petite, brève et sèche, du moins au début. Parfois elle est quinteuse, coqueluchoïde. Parfois elle est paroxystique. D'après Bird, elle est surtout violente quand le kyste est situé au voisinage du diaphragme. Plus tard, elle s'accompagne d'une expectoration sanglante et muco-purulente.

La *dyspnée* ne présente pas de caractères particuliers. Elle manque dans certains cas (Obs. XXXVIII). Hearn et Davainé la considèrent comme constante. De même que la toux, elle est plus vive quand le kyste siège dans la base du poumon. Dans les kystes volumineux, elle peut aller jusqu'à l'orthopnée, et Behr cite une observation où le malade est mort pendant une de ces crises.

La *douleur* est d'abord vague, erratique. Plus tard, elle peut être localisée au point où s'est développé le

kyste; rarement elle est bien vive. J. Wood (1) cite deux observations où la toux était persistante et les *douleurs aiguës* localisées au côté de la poitrine. Ord et Robinson la signalent également (Obs. XXV). Elle augmente dans les accès d'oppression. Elle peut manquer quand le kyste est central.

L'*expectoration sanglante* est un symptôme précoce et qui fait rarement défaut. On peut la considérer comme la règle dans les kystes hydatiques du poumon. Elle est généralement teintée par du sang; les crachats ont parfois une coloration simplement rouillée. C'est plutôt un suintement sanguin qu'une véritable hémoptysie. Dans certains cas (Wood, Obs. XIV) elle ne survient qu'à la suite d'efforts.

Les *grands kystes* donnent surtout lieu à des symptômes de *compression*, qui sont en rapport avec leur volume et aussi avec la rapidité de leur évolution. On peut les comparer à ceux observés dans une pleurésie à grand épanchement.

La *dyspnée* occupe le premier rang. (Bird, Obs. 60 du tableau). Le malade, quand il est dans son lit, se couche sur le côté atteint (Obs. V et Obs. XIII). Dans nombre d'observations, on a noté le *déplacement du cœur*, surtout fréquent quand le kyste siège à gauche; la pointe du cœur est alors refoulée à droite; on a pu la voir battre à plusieurs centimètres du bord droit du sternum (Derignac, Obs. 41 du tableau). La *mort subite* a été alors plusieurs fois observée.

(1) Obs. XXXVII et XXXVIII.

Les autres phénomènes de compression sont plus rares et moins importants; l'œdème des membres inférieurs est signalé dans les observations de Moutard-Martin, Genouville, Babington. L'œdème des membres supérieurs (Williams, Obs. V) par compression de la veine cave supérieure est moins fréquent. Leroux (1) en cite aussi un exemple intéressant.

2° *Les signes physiques* sont les plus importants. A l'*inspection* on remarque, une fois sur six (Hearn), beaucoup plus fréquemment suivant les autres auteurs, une *voussure* du thorax au niveau du kyste. Bird a décrit « une diminution dans l'amplitude des excursions costales, le côté malade ne s'affaissant pas au moment de l'expiration autant que le côté sain, et restant toujours dans un état voisin de la dilatation ». Les espaces intercostaux sont plus *saillants* que du côté sain.

La *palpation* démontre la diminution ou l'abolition des vibrations thoraciques.

A la *percussion*, on constate une *matité absolue*, à limites brusques. Autour de cette matité, dans les régions non occupées par le kyste, il y a du *bruit tympanique*. L'espace de Traube peut être conservé, même dans les grands kystes du poumon gauche.

Au niveau des parties mates, l'*auscultation* révèle l'*absence absolue de la respiration*. Autour des régions mates, là où il existe du tympanisme, on entend souvent une respiration puérile, quelquefois rude ou légè-

(1) *Leroux, in Davaine.* — Traité des entozoaires, p. 433.

rement soufflante. Il n'y a *jamais d'égophonie*, quand elle existe on trouve une pleurésie concomitante; *jamais* il n'y a de *bronchophonie* (Behr). D'après Duncan Bird, *la limitation très nette de la zone de matité et de silence respiratoire* serait presque pathognomonique. — L'auscultation permet presque toujours de constater dans le poumon du côté opposé, une exagération de la respiration qui a le caractère puérile (Obs. V).

B. Kystes infectés. — Pèrikystite suppurative.

Autant les kystes non infectés étaient bien tolérés par le poumon, autant ceux-ci le sont mal.

L'infection périkystique débute lentement ou brusquement : *insidieusement*, à la suite d'un rhume, d'une bronchite légère, *brusquement*, soit dans le cours d'une affection générale (grippe, angine), soit à la suite d'un traumatisme, parfois d'une ponction.

Les *phénomènes généraux* qui marquent cette période sont ceux que l'on observe dans toutes les infections : perte de l'appétit, état gastrique, frissons petits et répétés, fièvre ; le thermomètre monte à 38°, 39°. La température est surtout vespérale. Ils peuvent simuler de tous points un embarras gastrique (Dalché, Obs. II) et éclater brusquement dans le cours d'une excellente santé.

L'*expectoration* est muco-purulente, jamais très abondante, à moins qu'il n'y ait une complication broncho-pulmonaire.

La *toux* apparaît si elle n'existait pas ; si elle existait auparavant, elle cesse d'être sèche.

La *dyspnée* augmente d'intensité.

Les *hémoptysies* sont la règle dans les kystes infectés ; elles sont fréquentes, très rarement abondantes.

Généralement, la suppuration augmente progressivement et par poussées successives. Le kyste arrive ainsi à sa troisième étape, sa rupture dans les bronches.

Dès cette période, on peut noter diverses *complications* : bronchite, broncho-pneumonie, pleurésie séreuse ou purulente, — pyopneumothorax, etc.

Les *signes physiques* sont les mêmes que dans les cas de kystes non infectés, mais il vient s'y ajouter quelques signes d'*auscultation* : on entend parfois des *frottements pleuraux*, mais ce phénomène dure peu à cause des adhérences qui se forment bientôt entre les deux feuillets de la plèvre. Dans la zone péri-kystique on trouve des *râles* muqueux ou sous-crépitaux disséminés.

Cette description se rapporte à la forme commune de l'infection péri-kystique ; quelquefois l'infection est tout à fait *latente*. Dans d'autres cas, rares, elle est *intense* : l'expectoration est alors abondante et acquiert une grande fétidité, rappelant celle de la gangrène. A l'auscultation, on entend dans la zone péri-kystique de la respiration caverneuse et du

gargouillement indiquant une destruction étendue du tissu pulmonaire.

Cette suppuration péri-kystique peut être suivie ou non de la suppuration intra-kystique : mais si le contenu du kyste suppure, il faut certaines conditions indispensables. MM. Chauffard et Widal (1) ont entrepris à ce sujet des travaux particulièrement intéressants. Je crois utile de citer ici une partie des conclusions de leur travail. « La membrane hydatique, même pour les vésicules à paroi mince et pellucide, constitue pour les microbes un filtre naturel parfait, une barrière qu'ils ne peuvent franchir. » Et plus loin : « Quelle que soit l'origine de l'apport infectueux... la suppuration ne peut envahir la poche kystique que si les parois de celle-ci ont été au préalable fissurées ou altérées par une péri-kystite suppurative. *Pas de germes microbiens dans une poche kystique intacte.* »

La suppuration du contenu du kyste ne possède pas de symptômes qui lui soient propres ; ils passent inaperçus ou se confondent avec ceux de la péri-kystite.

Troisième période. — Rupture du kyste dans les bronches. — Rapidement, le travail de suppuration se termine par la rupture de la poche. Cette rupture s'effectue presque toujours dans les bronches et s'accompagne de tous les symptômes habituels aux

(1) Soc. Méd. des Hôp., 1891, p. 168.

vomiques purulentes. « Elles offrent ce caractère particulier et pathognomonique que le pus contient des débris de vésicules ou de membranes hydatiques (G. Sée).

Nous avons vu comment la rupture s'opère dans les cas de suppuration intrakystique ; mais celle-ci n'est pas indispensable : parfois, du fait seul de son accroissement, le kyste arrive à se faire jour dans les bronches.

La rupture du kyste est dans certains cas provoquée par une quinte de toux, un traumatisme (Obs. XVI) ; dans d'autres cas, rien (Obs. XVII) ou presque rien ne paraît l'avoir déterminée. Dans un cas de Thomas (Obs XIII), la malade était tranquillement assise dans son fauteuil, lorsqu'elle sentit subitement quelque chose se déchirer dans sa poitrine. Elle rendit aussitôt une grande quantité de sang et de liquide.

La rupture est un épisode toujours dramatique et souvent *mortel*. Subitement le malade est pris d'une dyspnée formidable, il suffoque, et rend au milieu de quintes de toux un flot de liquide clair, limpide. D'autres fois, la vomique sera purulente. Elle peut être unique ou bien se répéter pendant plusieurs jours. Elle peut s'accompagner du rejet de membranes hydatiques.

Généralement, des hémoptysies abondantes accompagnent ou suivent la rupture du kyste « Elles s'expliquent facilement par la décompression brusque de la poche péri-kystique plus ou moins enflammée » (Behr).

On voit souvent une éruption d'urticaire survenir à ce moment.

L'*auscultation* pratiquée immédiatement après la vomique, a permis à Roger (Obs. XII) d'entendre un ronchus à grosses bulles, perçu au moment de l'issue de la membrane. — Bard et Chabannes (Obs. XV) ont noté un bruit léger, semblable à un *bruit de drapau*.

Quatrième période. — Caverne hydatique. — Cette phase peut être très courte dans le cas de petit kyste à paroi mince et précocement déchirée.

La guérison vient rapidement par cicatrisation de la poche.

Dans les cas^s contraires, on observe tous les *sympômes de la caverne hydatique* (Behr) :

- Amaigrissement, perte d'appétit ;
- Fièvre chaque soir, sueurs profuses ;
- Hémoptyxies souvent abondantes ;
- Expectoration purulente ;
- Toux incessante ;
- Dyspnée vive.
- Percussion : Mâtité.

Auscultation : Souffle amphirique, souvent du tintement métallique et des gargouillements dans la même zone.

L'expectoration devient fétide (Obs. III), par suite de sphacèle limité. Elle prend une teinte gris sale ou noirâtre comme dans la gangrène. Dans le cas de Rudaux (Obs. X), l'expectoration était purulente, de

couleur brique et d'odeur de macération anatomique. Le malade peut alors se consumer lentement et succomber à la septicémie. — Dans des cas plus heureux, la guérison est possible.

*
* *

Complications. — Nous avons vu qu'il ne fallait pas considérer la rupture du kyste dans les bronches comme une complication.

A. Dans les **kystes non suppurés**, les complications sont rares. On peut observer :

1° La *mort subite*, comme dans les pleurésies à grand épanchement ;

2° Les *troubles de compression* caractérisés par une asphyxie lente et une gêne circulatoire avec œdèmes (Bird, obs. 60 du tableau).

B. Les **kystes suppurés** peuvent engendrer des inflammations de voisinage ou se rompre autrement que dans les bronches.

1° *Complications du côté de la plèvre.* — *Pleurésie sèche* (Obs. XXXI). — Il se fait rapidement des adhérences entre les deux feuillets et la plèvre. Il en résulte une oblitération partielle de la cavité séreuse, grâce à laquelle celle-ci se trouve à l'abri des infections et de la rupture intrapleurale du kyste.

Pleurésie séreuse, généralement à petit épanchement. Elle peut passer inaperçue au milieu des autres symptômes (Obs. IX) et n'être reconnue qu'à l'autopsie.

La *pleurésie purulente* succède rapidement à la rupture du kyste dans la plèvre.

Rupture dans la plèvre. Ce n'est pas le kyste qui se rompt primitivement, mais la poche périkyistique qui s'ouvre dans la plèvre. Il en résulte un *pneumothorax*. Quand il y a des adhérences pleurales, le pneumothorax peut être insidieux. Dans le cas contraire, quand la plèvre est saine, il y a un pneumothorax *subit*. C'est la règle (Obs. II).

Très rapidement le pneumothorax se complique d'*épanchement purulent* dans la plèvre. Dans l'observation XXX, M. Dalché constata un bruit de flot très caractéristique. Chaque fois que le pyopneumothorax a été abandonné à lui-même, la terminaison a été fatale.

2° *Complications du côté du poumon et des bronches.*

Ce sont d'abord des troubles de *compression*. Ensuite, des hémoptysies quelquefois très violentes. Dans l'observation III nous voyons qu'elle a même déterminé la mort. Si le kyste suppure, on peut noter de la bronchite, de la broncho-pneumonie; des poussées de pneumonie localisée éclatent souvent au pourtour de la poche périkyistique. (Obs. II.)

3° *Complications du côté des organes du médiastin.*

Ces organes échappent en général à la compression, sauf le cœur. Nous avons vu que la mort subite peut être observée dans ces cas. (Obs. V).

4° *Ruptures rares.* Davaine cite un cas d'ouverture

à l'ombilic, Laënnec un cas de kyste ouvert dans l'intestin, Alibert, un cas de rupture dans la péricarde, Liouville et Strauss, dans le canal rachidien, déterminant une paraplégie subite.

★
* *

Pronostic. — Les kystes hydatiques du poumon, abandonnés à eux-mêmes, ont une terminaison le plus souvent fatale. *Davaine*, dans sa statistique, donne une mortalité de 60 0/0; d'après Hearn, elle serait encore plus élevée, 73 0/0, car sur 142 cas réunis par lui la terminaison a été 82 fois la mort.



CHAPITRE II

Diagnostic

I. — DIAGNOSTIC POSITIF

Les kystes hydatiques du poumon, nous venons de le voir, engendrent tout un cortège de symptômes qui peuvent en grande partie mettre sur la voie du diagnostic. — Mais cela n'est pas assez, et nous avons à notre disposition plusieurs moyens d'investigation qui nous donneront des résultats plus précis :

1° La *palpation*, la *percussion*, l'*auscultation* nous permettront de reconnaître une tumeur intrathoracique ;

2° La *ponction* nous dira si cette tumeur est solide ou liquide. Elle pourra nous apprendre en outre, dans certains cas, la *nature* du liquide (limpide ou purulent, et s'il contient des crochets d'échinocoques) ;

3° La *phonendoscopie* ;

4° La *radioscopie* et la *radiographie*.

Mais ces deux dernières méthodes, qui semblent au

premier abord si séduisantes, et qui paraissaient devoir nous fournir des renseignements si précieux sur les limites précises et la localisation exacte du kyste, n'ont pas donné les résultats qu'on croyait avoir le droit d'attendre d'elles.

A. La phonendoscopie, imaginée dans ces dernières années par Bianchi, n'a jamais que je sache été appliquée dans les cas de kystes hydatiques du poumon. Bianchi est venu faire des expériences à Paris, et M. Besnier, rapporteur, a pu dire : « Ces expériences nous ont permis de constater *de visu* et les organes en main, l'arrêt complet des vibrations par le ligament suspenseur du foie, par les *scissures interlobaires du poumon* ». Et plus loin : « Les résultats obtenus par la phonendoscopie ne coïncident pas avec la palpation et la percussion (1) ».

Ce procédé semble pourtant avoir donné des résultats remarquables entre les mains de son inventeur ; il est vrai de dire que Bianchi est passé maître dans la pratique de son art, puisqu'il s'y adonne depuis quinze ans, et nous tous, nous sommes plus ou moins novices.

Peut-être que de nouveaux perfectionnements apportés à cette méthode en feront-ils la méthode de choix dans l'avenir ? Et qui sait qu'un jour nous ne reconnaitrons pas que la percussion, telle que nous la

(1) A. Guérin. — Archives cliniques de Bordeaux, 1897, p. 273.

pratiquons aujourd'hui, nous fournit des perceptions erronées, et que là phonendoscopie seule nous donnera des résultats absolument exacts?

B. Radioscopie et radiographie. — Que devons-nous penser de l'application des rayons de Röntgen dans le diagnostic des kystes hydatiques du poumon? Je ne connais qu'un cas, celui de M. Tuffier (Obs. I, inédite) où cette application ait été faite. Le *kyste n'était pas suppuré*. Les rayons X ont traversé le parenchyme pulmonaire et le kyste sans donner la moindre ombre révélatrice de la tumeur.

Il est difficile de conclure d'après une seule observation. Admettons même que la radiographie ne nous fournisse aucune indication dans les cas de kystes non suppurés. Il n'en sera pas de même dans les cas de *kystes suppurés* et dans ceux où il existe une *caverne hydatique*; du moins j'émets cette opinion par analogie, me rapportant aux résultats obtenus pour la tuberculose pulmonaire à la période caverneuse et pour les pleurésies enkystées et suppurées.

Je résume ici les conclusions du travail de M. Bécclère sur « les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose » (1) : « La nouvelle méthode peut dévoiler l'épaississement et l'adhérence des feuillets pleuraux, la disparition du sinus costo-diaphragmatique, l'immobilisation du diaphragme de ce côté... Pour la tuberculose à la période caverneuse, elle permet

(1) Bécclère. — Paris, juillet 1898.

fréquemment, mais non dans tous les cas, de juger du siège, du nombre et de la grandeur des *cavernes* dont le poumon est creusé. » Et plus loin : « Elle peut révéler des lésions profondément cachées, comme une *collection purulente enkystée* de l'interlobe ».

Je pense donc que la radiographie peut renseigner d'une façon fort utile le chirurgien en lui indiquant le siège exact de la tumeur et surtout en lui révélant l'état de la plèvre, question capitale, nous le verrons tout à l'heure à propos du traitement, pour pratiquer la pneumotomie.

*
* *

Je laisse de côté pour l'instant les kystes exceptionnels du médiastin, ne m'occupant ici que de la tumeur échinococcique du poumon. J'admets que de par les symptômes physiques et fonctionnels et la marche de la maladie, le diagnostic de kyste hydatique ait été fait.

L'on doit se poser la question suivante : Est-ce un kyste intrathoracique — pleural ou pulmonaire — ou un kyste extrathoracique proéminent dans le thorax ?

Examinons le premier point.

Un kyste intrathoracique peut être *pleural* ou *pulmonaire*.

1° *Est-ce un kyste primitif de la plèvre ?* On admet qu'il existe des cas où la poche s'est formée d'abord dans la cavité pleurale et y est restée contenue, refou-

lant seulement le poumon sans envahir le parenchyme. Une observation de Davaine semble probante, mais le fait paraît rare.

Peut-on faire le diagnostic d'un kyste pleural d'un kyste siégeant dans le poumon? De l'avis même des chirurgiens australiens, dans la plupart des cas, il sera très difficile de se prononcer avant l'opération. *Le seul signe physique*, d'après Bird, appartenant en propre au kyste pleural, est que la limite de la zone de matité est à quelque degré variable dans les changements de position, ce qui ne se produit pas quand le kyste est entouré par la substance pulmonaire. Dans les cas observés par Bird, les kystes pleuraux étaient toujours libres, sans avoir contracté d'adhérences avec la surface de la séreuse.

Rebière, dans sa thèse (1), a réuni plusieurs observations de kystes hydatiques primitifs de la plèvre. En étudiant ces cas, nous voyons que ces kystes présentent quelques symptômes qui lui sont propres. Ces symptômes sont :

1° L'apparition et la gravité croissante des crises de dyspnée qui, dans les cas où le chirurgien n'intervient pas, finissent par emporter le malade ;

2° Il n'y a pas de toux ni de sputation ;

3° La limite supérieure de la matité thoracique offre une forme convexe en haut ;

4° Dans un bon nombre de cas, le kyste ne reste pas intrapleural et, vers la fin de son évolution, par usure

(1) *Rebière*. — Thèse de Paris, 1894-95.

de la paroi thoracique, fait saillir un espace intercostal, une côte ou vient faire hernie au dehors sous forme de tumeur volumineuse.

Une autre question se présente :

Peut-on reconnaître que l'on se trouve en présence d'un kyste hydatique *primitif* de la plèvre, ou d'un kyste hydatique *hépatique* ou *pulmonaire rompu dans la plèvre* ?

Lorsqu'un kyste hydatique hépatique ou pulmonaire se rompt dans la plèvre, les symptômes pleuraux ont un *début brusque*, revêtant tout de suite l'aspect d'une pleurésie purulente, symptôme qui, d'après Rebière, ne se montre dans les kystes primitifs de la plèvre qu'à la suite de son ouverture au dehors (chirurgicale ou spontanée), ou bien d'une infection médicale intercurrente.

2° *Est-ce un kyste situé dans le parenchyme pulmonaire ? ou un kyste extra pulmonaire avec refoulement du parenchyme ?* Question difficile à résoudre, et qui ne peut l'être que quand il y a eu une vomique (Roger) : « Lorsque les hydatides de la cavité thoracique, situées en dehors du parenchyme, poussant le poumon devant elles, finissent par le détruire et par se frayer une voie jusqu'aux tuyaux bronchiques, il se forme préalablement des adhérences, et il s'établit une fistule plus ou moins oblique. L'obliquité, de même que l'étroitesse du trajet fistuleux, empêche l'accès de

l'air dans la poche hydatique après évacuation des hydatides, et conséquemment il ne se manifeste *point de phénomènes stéthoscopiques* qui révèlent la fistule et la caverne où elle aboutit (1).

3° *Est-ce un kyste hydatique extrathoracique ?*

Presque toujours, c'est un kyste hydatique formé primitivement dans le foie, développé à sa partie convexe, et qui, dans son accroissement ultérieur, refoulant le diaphragme et le poumon, a fini par dissocier les fibres musculaires et par pénétrer dans le thorax.

L'absence de désordres du côté du foie, de troubles de la digestion, d'ictère, la non augmentation du volume de cet organe démontrée par la palpation et la percussion, plaident en faveur d'un kyste pulmonaire.

— De plus, s'il se produit une vomique, on pourra, dans les cas de kystes hydatiques du foie, trouver dans le liquide rejeté les éléments de la bile.

II. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Nous venons de voir comment il était possible de localiser le siège du kyste. Il nous reste à examiner les moyens de différencier la tumeur acéphalocyste des autres affections pulmonaires pleurales et intrathoraciques. Nous étudierons successivement le diagnostic différentiel dans les cas suivants :

(1) Roger. — Soc. Méd. des Hôp., 1861.

- 1° Tuberculose ;
- 2° Pleurésie enkystée ;
- 3° Abscès du poumon ;
- 4° Tumeur du poumon ;
- 5° Tumeurs du médiastin ;
- 6° Kystes hydatiques des organes voisins.

1° *Tuberculose.*

Les kystes hydatiques du poumon peuvent par leur marche et leurs symptômes simuler la tuberculose, car la toux et les hémoptysies sont leurs caractères habituels, et à une phase plus éloignée de leur évolution, les signes d'une caverne peuvent exister quand le kyste suppure et communique avec les bronches.

A. Wood (1) a publié une observation intéressante d'un kyste débutant après une pneumonie, se manifestant par des hémoptysies précoces et donnant lieu à tous les signes de la tuberculose. Un beau jour, le kyste fut rendu pendant un accès de toux, ce qui donna un démenti formel au diagnostic erroné des dix-neuf derniers mois. Une méprise semblable est noté dans l'observation XIII et dans l'observation XXXI.

Les erreurs de ce genre sont fréquentes. Mais comment les éviter ?

Il est bien difficile, à mon avis, de trouver des caractères différents à la toux, la dyspnée, les douleurs thoraciques. Certains auteurs ont voulu que l'hémop-

(1) Australian Méd. Journ., 1888, p. 355.

tysie fût plus franche dans la tuberculose que dans les kystes hydatiques où elle revêt plutôt la forme d'un suintement sanguin que d'une véritable hémorrhagie.

Dans quelques cas, même, pour compléter leur ressemblance avec des phtisiques, on trouve des malades atteints de kystes hydatiques du poumon qui présentent des *doigts hippocratiques*. Dans une observation de Bird, ce signe nettement constaté disparut lors de la guérison du malade (Obs. 63 du tableau).

L'état général du sujet se maintient beaucoup plus longtemps dans le cas de kyste hydatique que dans la tuberculose. Il y a absence de troubles gastriques.

L'apparition d'une éruption d'*urticaire* sera d'un précieux élément de diagnostic.

Mais il n'y a que l'examen microscopique des crachats qui puisse donner une certitude : dans la tuberculose on trouvera des *bacilles de Koch* et des fibres élastiques provenant de la fonte du parenchyme pulmonaire.

Voilà pour les signes généraux et fonctionnels ; il n'y a pas de différences assez tranchées pour nous permettre de faire un diagnostic bien précis. — Voyons si les *signes physiques* locaux nous serviront davantage.

D'après G. Sée, « l'hydatide pulmonaire ne peut simuler que la phtisie avec excavation ou la phtisie compliquée de pneumothorax. Or, dans le premier cas, dans la tuberculose à la période cavitaire, le thorax est en général rétracté, affaissé. Les creux sous-claviculaires sont déprimés. Le kyste, au contraire, produit

une dilatation de la poitrine, parfois une voussure nettement circonscrite, que l'on ne rencontre jamais chez un phtisique ».

D'après le même auteur, le kyste se distingue du pneumothorax tuberculeux par ce fait que le premier est *mat* dans toute son étendue, même après la pénétration de l'air dans sa cavité, tandis que le second présente une *zone tympanique* au dessus d'une zone mate.

Pour terminer, signalons les cas dans lesquels les kystes hydatiques du poumon *coexistent* avec la tuberculose. Il sera alors bien difficile d'établir la part qui revient à chacune de ces affections. Heureusement cette association est rare, puisque Bird, sur 300 autopsies pratiquées pour des kystes hydatiques du poumon n'a pas trouvé plus d'une demi-douzaine de cas de tuberculose.

2° Pleurésie.

Elle peut être *libre* ou *enkystée*.

A. Epanchement pleural. — Les symptômes qui plaideront en faveur d'un kyste hydatique sont les suivants :

- 1° Dyspnée à marche lente et progressive ;
- 2° Douleur étendue et persistante ;
- 3° Formes particulières et anormales de la matité correspondante à la tumeur ;
- 4° Certaines irrégularités dans le développement de

celles-ci et, par suite, dilatation inégale du côté affecté ;

5° Absence fréquente de quelques signes stéthoscopiques, tels que l'égophonie et le souffle bronchique ;

6° Mode de début et évolution de la maladie.

B. Pleurésie enkystée. — Le diagnostic différentiel est pour ainsi dire impossible tant qu'il n'y a pas eu de vomique. Les caractères de celle-ci permettront presque à coup sûr de remonter à son origine. Pourtant, dans le cas de Delbet (Obs. 74 du tableau), la méprise ne put être évitée.

Dans les cas douteux, on serait autorisé à pratiquer une ponction exploratrice avec une aiguille extrêmement fine.

3° Abscès du poumon.

Avant la vomique, l'abcès du poumon ne se révèle pas par des signes assez nets pour que l'on puisse affirmer son existence ; le diagnostic n'est qu'une hypothèse. On ne pourra donc différencier cette affection d'un kyste hydatique du poumon. L'examen attentif des matières rendues lors de la vomique pourra seul donner la clé du problème.

4° Cancer du poumon et de la plèvre.

Quand les symptômes les plus caractéristiques du

cancer pleuro-pulmonaire se trouvent réunis chez un malade, le diagnostic pourra être aisément établi.

En effet, l'expectoration gelée de groseille, l'adéno-pathie ligneuse et indolente du creux sus-claviculaire, les symptômes de la compression des organes du médiastin, joints aux signes physiques d'une induration étendue et persistante du poumon, avec une douleur vive et une dyspnée très marquée, forment un ensemble symptomatique trop net pour laisser place au doute.

5° *Tumeurs du médiastin.*

Elles se révèlent par une matité limitée au niveau du sternum ou sous les clavicules. Elles ne peuvent être confondues qu'avec les kystes hydatiques du sommet du poumon. Mais ces derniers ne donnent lieu que d'une manière exceptionnelle aux phénomènes de compression qui sont la règle dans les tumeurs du médiastin.

L'*anévrisme de l'aorte*, lorsqu'il est assez volumineux pour donner naissance à des symptômes de compression, se manifestera presque toujours par des signes caractéristiques : tumeur pulsatile avec battements distincts de ceux du cœur, avec tendance à faire saillie en avant du thorax.

6° *Kystes hydatiques des organes voisins.*

Il suffit de mentionner les kystes hydatiques du péri-

carde et du médiastin, ils n'offrent d'intérêt que pour l'anatomo-pathologiste.

Les *kystes hydatiques du foie* méritent d'attirer toute notre attention; il est souvent impossible de reconnaître si l'on a affaire à un kyste du foie ouvert dans les bronches ou à un kyste du poumon. Dans l'un des deux cas opérés par M. Tuffier (obs. 137 du tableau), le diagnostic de kyste s'imposait, mais les avis différaient sur le siège de la tumeur : les uns voyaient là un kyste du foie ouvert dans le poumon; les autres localisaient la cavité dans le lobe inférieur droit, le siège d'élection. M. Tuffier fit sur le bord postérieur de la ligne axillaire une incision oblique de 15 centimètres affleurant en haut la dixième côte; il ouvrit la séreuse péritonéale et explora la face convexe du lobe droit du foie qui fut reconnu normal; la séreuse fut formée très soigneusement, et la pneumotomie fut pratiquée au niveau du neuvième espace intercostal. Le malade guérit.

Chez le malade de M. Tillaux (Obs. XXVIII), un kyste hydatique du lobe gauche du foie fut pris pour un kyste pulmonaire et traité d'emblée par la pneumotomie. On trouva bien en effet une cavité pulmonaire, mais cette cavité, ainsi qu'on le constata plus tard à l'autopsie, communiquait par un trajet fistuleux avec un kyste hépatique.

Inversement dans une observation de Arthur Luff (Obs. XVIII), un volumineux kyste pleural simulant un kyste du foie et occupant presque tout l'abdomen, fut traité par la laparotomie. La guérison fut obtenue.

Ce sont là, il faut en convenir, dès cas particulièrement difficiles et bien faits pour occasionner une erreur de jugement. Dans des cas plus simples, l'absence de troubles du côté du foie, d'ictère, de troubles digestifs, le volume normal de la glande hépatique feront pencher le diagnostic en faveur d'un kyste pulmonaire.

*
* *

Je ne veux pas terminer ce chapitre sans mentionner quelques *erreurs de diagnostic* que j'ai pu trouver :

Erreurs de diagnostic.

Dalché, obs. II.....	Pneumothorax.
Florand, obs. X.....	Gangrène pulmonaire.
Thomas, obs. XIII.....	Tuberculose.
Luff, obs. XVIII.....	Kyste hyd. du foie occupant tout l'abdomen.
Moutard-Martin, obs. XX.....	Pleurésie.
Bristowe, obs. XXI.....	Épanchement pleural.
Tillaux, obs, XXIII.....	Kyste du foie pris pour un kyste du lobe moyen du poumon gauche.
Dalché, obs. XXXI.....	Gangrène costicale avec pyo-pneumothorax. Bruit et flot caractéristiques (Une grande excavation pulmonaire a pu donner tous les signes d'un pneumothorax et même le bruit de flot.)
Thomas, obs. XXXII.....	Tuberculose.
Léonard, obs. XXXIII.....	Pneumothorax.
Delagénrière, obs. XXXIV.....	Épanchement pleural.

Bird, obs. 2.....	du tableau	Kyste du foie.
Bristowe, obs. 3.....	—	Pleurésie, avec déplacement du cœur.
Broadbent, obs. 4.....	—	Pneumothorax.
Duffey, obs. 7.....	—	Pleurésie.
Williams, obs. 23.....	—	Hydrothorax.
Brugnon, obs. 27.....	—	Pleurésie.
Moutard-Martin, obs. 30	—	Pleurésie.
Bucquoy, obs. 67.....	—	Pleurésie.
Codd, obs. 69.....	—	Pleurésie.
Delbet, obs. 74.....	—	Pleurésie purulente interlobaire, avec vomique consécutive à une congestion grippale.
Groom, obs. 89.....	—	Pleurésie purulente.
Mac Gillivray, obs. 90..	—	Pleurésie.
Isaïal de Zouch, obs. 94.	—	Pleurésie purulente.
Lehmann, obs. 99.....	—	Pleurésie.
Maydl, obs. 100.....	—	Pleurésie.
Pagenstécher, obs. 105 .	—	Pleurésie purulente tuberculeuse.
Poirier, obs. 107.....	—	Pleurésie.
Polailon, obs. 108.....	—	Pleurésie purulente cloisonnée.
Potherat, obs. 111.....	—	Pleurésie purulente tuberculeuse.



CHAPITRE III

Traitement

Il importe tout d'abord de diviser les kystes hydatiques du poumon, au point de vue de leur traitement, en plusieurs *groupes* qui correspondent soit aux étapes successives qu'ils traversent durant leur évolution, soit aux complications qui viennent si souvent leur imprimer une physionomie si particulière.

De même que pour la symptomatologie, je distinguerai deux grandes classes : celle des kystes suppurés, et celle des kystes non suppurés.

Dans la première, il faut envisager les cas où le kyste est *ouvert*, soit dans les bronches, soit dans la plèvre, et ceux où il est *fermé*, c'est-à-dire sans rupture aucune de sa paroi. Le kyste peut être alors considéré comme un abcès quelconque du poumon à pneumotomiser. Dans toutes les opérations que j'ai analysées, je n'ai pu trouver d'observation où l'on fût intervenu pour un kyste suppuré fermé. Cela tient sans doute à ce que la rupture du kyste suit de près la transformation purulente de son contenu.

Dans la deuxième classe, la même distinction doit être faite, mais à l'inverse de tout à l'heure, les kystes non suppurés fermés sont plus fréquemment mentionnés que les kystes non suppurés ouverts dans les bronches ou la plèvre.

Quelles sont les *indications opératoires*? Faut-il intervenir? Quand et comment?

Nous avons vu que la maladie abandonnée à elle-même aboutissait le plus souvent à une issue fatale, dans près de 75 o/o des cas. On est donc en droit, et on a le devoir de tâcher d'abaisser le taux de cette mortalité si élevée. Nous verrons plus loin les beaux succès obtenus par la chirurgie pulmonaire dans ces dernières années; mais nous pouvons dire de suite que les facteurs sont désormais renversés et que la guérison opératoire est presque la règle.

A quel moment faut-il intervenir? Je n'hésite pas à répondre : *le plus tôt possible*. Et cela se comprend : le kyste reste longtemps inclus dans le parenchyme pulmonaire sans s'infecter et sans se rompre. Dans dix cas semblables traités par la pneumonie, on a obtenu dix guérisons. C'est pour cela que je me suis appliqué à étudier en détails tous les symptômes de la maladie qui pouvaient la faire dépister le plus tôt possible, avant qu'une complication ne fût venue rendre le diagnostic trop évident et trop tardif.

Il est certain que la pneumotomie donne de beaux résultats même quand le kyste s'est rupturé dans les bronches et dans la plèvre, mais il est inutile, si l'on peut faire autrement, d'attendre cet accident toujours

si redoutable. C'est vouer de gaité de cœur le malade à tous les dangers d'un pneumothorax ou de l'inondation pulmonaire.

Nous pouvons intervenir *médicalement* ou *chirurgicalement*.

*
* *

Je ne ferai que mentionner le *traitement médical* et l'*électrolyse*. Ce procédé n'a jamais été appliqué aux kystes hydatiques du poumon ; il aurait, paraît-il, donné quelques résultats dans les kystes du foie. Le traitement médical n'a plus qu'un intérêt historique ; il consiste surtout dans l'expectative, et le nombre des remèdes préconisés montre leur inefficacité. Dans les cas de kystes suppurés, rompus dans les bronches, l'on se contentait d'inhalations antiseptiques. Les résultats obtenus sont désastreux, puisque Davaine indique une mortalité de 60 o/o et Hearn une proportion de 73 o/o de décès.

*
* *

Le **traitement chirurgical** comprend trois procédés : la *ponction*, l'*incision* et l'*extraction du kyste*. Ces deux dernières méthodes sont réalisés au moyen de la *pleurotomie* ou de la *pneumotomie*.

I. — La **ponction** se fait au moyen d'un gros trocart ou des aiguilles des appareils Potain ou Dieulafoy,

et a pour but l'évacuation totale ou partielle du liquide hydatique.

1° L'évacuation totale peut être simple ou suivie de lavages antiseptiques destinés à tuer le parasite et à modifier la poche kystique. Ces lavages après ponction sont d'un usage peu répandu. Vigla (1) a ponctionné un kyste avec le trocart de Reybaud, évacué 2.450 grammes de liquide et injecté ensuite 250 grammes de solution iodée. La guérison fut obtenue. — Bird eut aussi un succès en enfonçant un gros trocart dans le kyste, lavant à l'eau boriquée, puis drainant la cavité.

2° L'évacuation partielle est employée pour permettre l'introduction d'une certaine quantité de liquide médicamenteux destiné à amener la mort du parasite.

A. Méthode de Berrucio (de Madrid) (1). Lorsqu'on se trouve en présence d'un kyste hydatique qui contient un *liquide clair et transparent*, on peut, après l'évacuation du tiers au moins de son contenu faire dans la poche une injection de nitrate d'argent de 1 à 5 pour 100, en quantité à peu près égale au tiers du liquide kystique extrait. — Le nitrate d'argent, en précipitant l'excès du chlorure de sodium contenu dans le liquide kystique, modifie le milieu et agit probablement comme

(1) Vigla. — Des Hydatides de la cavité thoracique. — Archives de Médecine, 1855.

(1) Berrucio. — XI^e congrès international de méd. de Rome, 1894.

parasiticide. En tous cas, il favorise la *résorption du liquide, qui disparaît en 24 heures*.

B. Méthode de Bobroff (1) par les injections du chlorure de sodium. Ce procédé n'a été appliqué qu'aux kystes hydatiques du foie, et compte trois succès sur trois cas.

II. — La Pleurotomie est l'ouverture de la plèvre. En général, on se contente d'une simple incision au niveau d'un espace intercostal, intéressant la peau, les plans musculaires intercostaux et le feuillet pariétal de la plèvre; cette incision devra être faite le long du bord supérieur de la côte sous-jacente, de manière à éviter la blessure des vaisseaux et nerf intercostaux. Parfois, afin d'avoir plus de jour, fait-on la résection d'une ou plusieurs côtes.

Cette opération, dans le cas qui nous occupe, ne peut s'appliquer qu'aux kystes hydatiques de la plèvre ou aux kystes pulmonaires rompus dans la plèvre.

III. — L'incision du poumon ou pneumotomie mérite notre attention d'une façon toute particulière. Cette opération, entrevue peut-être dans l'antiquité, puisqu'on attribue à Hippocrate l'honneur d'avoir pratiqué la première pneumotomie, a été nettement indiquée par Baglivi en 1696.

Krimer, le premier, en 1830, la pratiqua de propos délibéré pour un abcès pulmonaire. En 1867, Southey

(1) *A. Bobroff*. — *Khirourhhia* 1898, vol. III, n° 13, p. 3.

et Mac Gillivray opérèrent chacun un kyste hydatique du poumon par ce procédé et obtinrent deux succès. La pneumotomie entre dès lors dans la pratique courante de la chirurgie : actuellement on compte plusieurs centaines d'interventions sur le poumon.

Quel est le **Manuel opératoire** de la pneumotomie ? Dans un remarquable travail auquel je vais faire de larges emprunts, M. Tuffier (1), divise la pneumotomie en trois temps bien distincts : la *traversée du thorax*, celle de la *plèvre* et l'*incision du poumon*.

1° La *thoracotomie* ne prête guère à discussion. On incise les téguments comme pour pratiquer l'opération d'Estlander ; la résection costale varie avec les dimensions et la profondeur de la tumeur que l'on veut atteindre ;

2° C'est en face du feuillet pariétal de la plèvre que les divergences commencent, parce que c'est là que commence le danger.

Les feuillets pleuraux *sont-ils adhérents* ? On incise franchement dans le bloc pleuro-pulmonaire. « Cette adhérence allège le pronostic opératoire de toutes les difficultés et de tous les dangers d'un pneumothorax immédiat et d'une infection pleurale consécutive ; on comprend quel rôle important elle joue, et combien sont justifiés nos vains efforts pour en asurer le *diagnostic avant l'opération*. La clinique nous dit bien que les poussées pleurétiques antérieures, la marche aiguë de l'infection causale ou sa très longue durée, la

(1) Tuffier. — Chirurgie du poumon, Paris, 1897.

douleur localisée en un point, l'enfoncement des espaces intercostaux pendant l'inspiration, la rétraction de la base du thorax, plaident en faveur de la symphyse pleurale. Nous savons aussi qu'une aiguille enfoncée dans le poumon en suivra les mouvements et qu'alors l'amplitude de ses oscillations sera proportionnelle à la liberté du poumon. Toutes ces recherches et ces constatations sont recommandables, mais aucune ne peut offrir de garantie absolue et j'en ai fait souvent l'expérience » (Tuffier). Peut-être pourrait-on se servir d'une façon plus courante des rayons de Röntgen? Nous avons vu que M. Béchère affirme avoir constaté souvent par ce moyen des adhérences pleurales et la symphyse du cul de sac costo-diaphragmatique.

Quelle est la *fréquence* de ces adhérences? M. Tuffier sur 215 opérations pour lésions septiques trouve 190 plèvres adhérentes, soit 87 o/o. Mais il faut remarquer que les kystes hydatiques du poumon ne sont pas toujours des lésions septiques, ils peuvent le devenir, mais primitivement, ils sont aseptiques. Dans nombre d'autopsies que j'ai pu recueillir et que je cite à la fin de ce travail, j'ai noté que l'on pouvait trouver des kystes pulmonaires non suppurés, à liquide clair et limpide, ayant déterminé des adhérences pleurales. Malheureusement la plupart des observations laissées par les auteurs sont fort incomplètes à ce point de vue et je n'ai pu faire de statistique exacte sur ce sujet pourtant si intéressant. Sur les 108 cas d'opération radicale que j'ai rassemblés dans mon tableau, je ne vois figurées que 13 observa-

tions où la plèvre a été signalée comme ayant contracté des adhérences.

Si les adhérences *n'existent pas*, la conduite à tenir est discutable : on peut *chercher ces adhérences, les provoquer ou s'en passer*.

S'en passer, c'est s'exposer témérairement à tous les dangers d'un pneumothorax qui peut être généralisé et de ce fait engendrer des symptômes imminents d'asphyxie.

Il vaut donc mieux *chercher* ou *provoquer* les adhérences. Pour les chercher, M. Tuffier (1) conseille de décoller le feuillet pleuro-pariétal et de chercher à sa surface une irrégularité, une induration qui trahisse la présence de la lésion pleuro-pulmonaire. Si cette exploration est négative, il faut *les créer*. Deux méthodes sont en présence : la méthode *lente* consiste à provoquer les adhérences par un tamponnement antiseptique (Krause) ou par des applications répétées de pâte de chlorure de zinc (Quincke), puis à remettre l'incision pleuro-pulmonaire à une époque indéterminée. Dans la méthode *rapide*, qui rallie la majorité des chirurgiens, on suture les deux feuillets pleuraux en formant une collerette; on isole ainsi un champ opératoire au milieu duquel on pénètre dans le poumon.

Malgré toutes les précautions prises, un pneumothorax opératoire peut brusquement venir compliquer l'opération et mettre la vie du malade en danger. La meilleure conduite à tenir est alors de saisir rapide-

(1) Tuffier. — Soc. de chirurgie, 1895, p. 673.

ment le poumon rétracté, de l'amener de vive force dans la plaie thoracique et de l'y fixer : les accidents de collapsus cèdent immédiatement. (Obs. 137 du tableau).

3° « La traversée pleurale étant effectuée, la *pénétration dans le parenchyme pulmonaire* nécessite une notion exacte du siège de la lésion. Si rien dans la coloration ou la consistance du poumon ne l'indique, la *ponction exploratrice* s'impose. Elle guidera l'incision si elle est positive; si elle est négative, l'incision pulmonaire et l'*exploration digitale intrapulmonaire* deviendront nécessaires. J'insiste sur cette dernière qui m'a donné des renseignements bien précieux dans deux cas récents : l'un de kyste hydatique (1), l'autre de gangrène profonde » (Tuffier). L'exploration digitale n'a pourtant été d'aucun secours dans le cas de Reid, (Obs. 117 du tableau).

L'incision pulmonaire peut se faire soit au bistouri, soit au thermocautère. Elle peut donner lieu à une *hémorrhagie*. Mais celle-ci est plus préoccupante que grave, et cède rapidement d'ailleurs, par le simple tamponnement (Bouilly, Obs. 65 du tableau).

*
* *

Nous avons enfin sous les yeux le corps du délit. Quelle conduite allons-nous tenir ? On peut soit *inciser* le kyste, soit pratiquer *son extirpation*. Cette

(1) Voir obs. 1 de Tuffier, inédite.

dernière méthode a l'avantage d'être radicale, mais elle n'est pas toujours applicable, par exemple dans les cas de kystes suppurés, où la poche est souvent déchirée, fragmentée, friable, et cède sous le doigt ou la pince.

Il faudra alors se contenter de *drainer* la cavité. Dans mon *Tableau*, je vois le drainage mentionné trente fois sur cent-huit cas (1).

Certains chirurgiens ont injecté dans la poche, après son ouverture, des solutions antiseptiques dans le but de le débarrasser de tous les débris qu'elle pouvait contenir. Mais on a parfois observé des phénomènes de suffocation dus à l'inondation des bronches par le liquide du lavage. Chez le malade de Berger (Obs. 38 du tableau), on fit des injections boriquées ; à la troisième seringue, le malade se redresse et meurt dans un accès de suffocation. — Les opérés de Tillaux (Obs. 52 du tableau) et d'Isaiah de Zouche (Obs. 94 du tableau) eurent des accidents graves, mais non mortels. Ritchie, chez deux de ses malades (Obs. 118 et 119 du tableau), Pardey (Obs. 106) et Reid dans deux cas (Obs. XXXVI et XXXVII) ont vu survenir de violents accès de toux accompagnés de phénomènes inquiétants de suffocation.

Ces lavages devront donc être proscrits.

(1) Drainage : Voir le tableau, nos 41, 46, 47, 49, 50, 52, 53, 62, 66, 67, 72, 73, 96, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 118, 119, 124, 131, 135, 137, 143.

Dans les cent-huit opérations de mon Tableau, je vois mentionnés trente cas de lavages, dont *sept* ont occasionné des accidents graves et *un* la mort.

L'extirpation du kyste a quelquefois été suivie de la *suture* de la poche pulmonaire. M. Tuffier est le premier qui ait appliqué cette méthode (Obs. I, inédite) : « Un drain et une mèche de gaze salolée stérilisée drainent la plèvre et la cavité pulmonaire *que l'on fixe à la plèvre.* » — Wood a suivi cette conduite chez ses trois opérés, mais sans placer de drain (Obs. XXXVIII, XXXVIV et Obs. 143 du tableau). La plaie pleurale fut suturée au catgut et la plaie dans la paroi fut suturée sans drainage. La réunion se fit par première intention.

*
* *

Résultats opératoires. — Nous voici donc en présence de deux procédés opératoires différents : la *ponction* et l'*incision large du kyste suivie ou non de son extirpation*.

Chacune de ces méthodes a eu ses défenseurs, et si nous lisons les comptes rendus des Sociétés savantes et des Congrès australiens, nous voyons que parfois la lutte fut chaude et les discussions orageuses entre leurs partisans respectifs. Toutefois, l'accord paraît être survenu dans les camps ennemis et tout le monde aujourd'hui semble rallié à la même opinion : à savoir que la ponction doit être rejetée comme une opération capable d'amener les plus graves accidents, voire

même la mort, et qu'elle doit céder le pas à la pneumotomie comme étant la plus capable de sauvegarder les intérêts du malade.

Je viens de dire que la ponction déterminait le plus souvent des symptômes redoutables. Quels sont-ils ? Ce sont presque toujours des symptômes d'asphyxie, dus à l'inondation des bronches par le liquide hydatique. La ponction occasionne la rupture du kyste : sous l'influence du trocart, la membrane hydatique éclate et le liquide se répand dans la poche pulmonaire. Si cette dernière ne communique pas avec les bronches, il n'y a aucun danger, le contenu de la poche sera évacué par l'aspiration ; mais s'il y a communication, le liquide ne trouvant pas un écoulement assez rapide par l'aiguille, filera dans les bronches et inondera le poumon « et cela d'autant plus facilement que, sous l'influence des premières gouttes de liquide en contact avec les bronches, le malade se mettra à tousser, c'est-à-dire à comprimer la poche hydatique et forcera ainsi le liquide à progresser plus avant dans le parenchyme pulmonaire. Conséquence : menace de mort par asphyxie et quelquefois mort par asphyxie. » (Touchard et Marie). Dans un cas de Moutard-Martin (Obs. 30 du tableau), la ponction détermina une *hémoptysie* abondante (2 cuvettes). — Parfois la mort survient du fait d'une *syncope* (Bird, Obs. 2 du tableau).

Les observations où la mort est survenue rapide-

ment après la ponction ne sont pas rares, puisque sur trente cas de ponction que j'ai rassemblés, je relève *huit cas de mort rapide* :

Bird, obs. 2.....	du tableau	Mort subite.
Bristowe, obs. 3.....	—	Mort 7 minutes après.
Cornil et Gibier, obs. 9.	—	Mort 8 heures après.
Graham, obs. 13.....	—	Mort subite.
Lonsdale Holden, obs. 16	—	Mort 5 minutes après.
Lonsdale Holden, obs. 17	—	Mort 1 heure après.
Hector Mackensie, ob. 18	—	Mort 2 heures après.
Schede, obs. 19.....	—	Mort en quelques min.

et 4 cas où la mort est survenue les jours suivants :

Caron et Soubeiran, obs. 5	du tableau	Mort 5 jours après.
Clerc et Barié, obs. 6..	—	Mort 4 jours après.
Dunn, obs. 10.....	—	Mort 4 jours après.
Shield's, obs; 20.....	—	Mort 5 jours après.

Le malade de Duguet (Obs. 8) a succombé 15 jours après la ponction, celui de Mac Gillivray (Obs. 12), 30 jours après.

Les autres décès ont eu lieu à des époques plus ou moins éloignées.

De sorte que si j'analyse ces 36 cas de ponctions, je trouve 23 morts et 13 guérisons, ce qui donne une **mortalité de 63,88 pour 100.**

De plus, la lecture des observations où la guérison a été obtenue nous apprend que la ponction a déterminé souvent une vomique, et une fois (Obs. 30 du tableau) une hémoptysie abondante (qui a rempli deux cuvettes). Dans ces conditions, la guérison a résulté de la vomique qui est, nous le savons, le mode

de guérison naturel de la maladie ; mais l'on est en droit de se demander s'il était nécessaire de faire une ponction pour la provoquer ?

Et d'ailleurs cette méthode ne peut jamais que soustraire le liquide de la poche, celle-ci reste dans le parenchyme pulmonaire, peut s'infecter si elle ne l'était déjà et être une source nouvelle de dangers pour le malade.

CONCLUSION. — *La ponction est une opération dangereuse et incomplète.*

*
* *

A part une observation unique de Luff (Obs. XVIII), où un kyste hydatique pulmonaire fut traité par la *laparotomie*, et quelques faits rares de kystes primitifs de la plèvre (je n'ai pu en trouver de cas opérés indiscutables), traités par la *pleurotomie*, l'opération radicale est la *pneumotomie*. Plusieurs auteurs ont désigné leur intervention comme étant un *empyème*, mais il est bien probable qu'il s'agit d'une pneumotomie ayant atteint le kyste situé tout contre le feuillet viscéral de la plèvre et faisant saillie dans la cavité pleurale. Je n'en veux pour preuve que cette observation de Derignac (n° 41 du tableau) classée avec l'étiquette d'empyème, mais où il est dit que le doigt introduit dans la cavité pleurale sentit une cloison résistante qui fut incisée. Il sortit d'abord quelques hydatides, puis la poche entière représentant le volume d'une tête d'adulte.

D'autres fois, il est vrai, le kyste a pu se rompre dans la cavité pleurale, et alors la pleurotomie a pu être suffisante. Mais comment éviter une erreur et établir la part qui revient à chacune de ces opérations ? La plupart des observations sont malheureusement fort incomplètes à cet égard et les renseignements opératoires bien brièvement donnés.

Dans ma statistique (1), en ne prenant que les cas certains, je trouve sur 108 opérations radicales : (2)

1	Laparotomie.....	1	guérison.
12	pleurotomies.....	3 morts.	guérisons.
		9 guérisons.	75 o/o.
95	pneumotomies.....	13 morts.	guérisons
		82 guérisons.	87 o/o.

Il est extrêmement intéressant de savoir dans quelles conditions et pour quelle catégorie de kystes on est intervenu.

Sur 108 cas, 44 fois l'opération avait été précédée d'une ponction — 9 morts et 35 guérisons. Ceci prouve une fois de plus l'inefficacité de la ponction, puisque voici 44 échecs à ajouter à ceux que nous avons signalés précédemment.

Reprenons la division que nous avons adoptée en tête de ce chapitre.

(1) Voir le tableau plus loin.

(2) Toutes les statistiques soi-disant complètes, celle de Behr entre autres, ont été faites en additionnant plusieurs statistiques comprenant les mêmes cas.

Nous avons en bloc :

	92	guérisons et 16 morts = 108 cas.
I. <i>Kystes suppurés</i> :	37	guérisons et 12 morts = 49 cas
II. <i>Kystes non suppurés</i> :	18	guérisons et 1 mort = 19 cas.
III. <i>Pas d'indications</i> :	37	guérisons et 3 morts = 40 cas.
Total.....	92	16 108

Ces cas se répartissent de la manière suivante :

I. *Kystes suppurés* : 49 cas. 37 guérisons. 12 morts.

A. *Ouverts* : 31 cas.

1^o *Dans les bronches et la plèvre* : 2 cas. 2 guérisons.

Bucquoy, n^o 67 du tableau... Guérison.

Pardey, n^o 106 — .. Guérison

2^o *Dans les bronches seules* : 23 cas { 17 guérisons.
6 morts.

Bouilly.. n ^o 65	Guérison.	Thomas.. n ^o 127	Guérison.
Bouilly.. 66	—	Thomas.. 130	—
Beck..... 73	—	Tuffier... 136	—
Delbet... 74	—	Tuffier .. 137	—
Delgrange 75	—	Way 139	—
Lehmann. 99	—	Berger... 38	Mort.
Poirier... 107	—	Derignac. 41	—
Reid..... 116	—	Doyen ... 42	—
Ritchie .. 119	—	Méry.... 46	—
Thomas.. 124	—	E. Thomas. 50	—
Thomas., 125	—	Tillaux... 52	—
Thomas.. 126	—		

3^o *Dans la plèvre seule* : 6 cas { 3 guérisons.
3 morts.

Codd..... n ^o 69	Guérison.	Bird n ^o 40	Mort.
S. Coupland. 120	—	Proust.. 48	—
Troquart.... 134	—	Williams 51	—

B. *Fermés* : 0 cas.

C. *Kystes suppurés sans indications de rupture ou non* :

		18 cas	{	15 guérisons.	
				3 morts.	
Blair,....	n° 64	Guérison.		Potherat ...	n° 111 Guérison
Cooke.....	70	—		Reid.....	114 —
Freteau...	77	—		Reid.....	117 —
Braman...	79	—		Sputhey....	121 —
Groom....	89	—		Thomas.....	129 —
Mac Gillivray.	90	—		Verco	138 —
Isaiah de Zouche.	94	—		Allen	37 Mort.
Landau....	98	—		Bird.....	39 —
Moutard-Martin,	103	—		Ord et Robinson,	47 —

II. *Kystes non suppurés.*

A. *Ouverts* : 9 cas :

1° Dans les bronches :		5 cas	{	4 guérisons.	
				1 mort.	
Jonnesco, n° 96	Guérison.			Luff.....	n° 144 Guérison.
Mosler...	101 —			Duguet et	
Ritchie...	118 —			Varnier	43 Mort.

2° Dans la plèvre : 4 cas. — 4 guérisons :

Delagénière, n° 72	Guérison			Thomas..	n° 132 Guérison.
Thomas.....	131 —			Thomas..	133 —

B. *Fermés* : 10 cas. — 10 guérisons.

Cooke... n° 71	Guérison.			Thomas..	n° 128 Guérison
Pagenstecher	105 —			Way.....	140 —
Polaillon.	108 —			Wood...	141 —
Revilliod.	114 —			Wood...	142 —
Steiner...	122 —			Wood...	143 —

III. *Kystes sans indication de leur nature* : 40 cas } 3 morts. •
 } 37 guérisons.

Hartwig .. n° 44	Mort.	Gardner.. n° 83	Guérison.
Leclerc ... 45	—	Gardner .. 84	—
Thomas ... 49	—	Gardner .. 58	—
Baily..... 53	Guérison.	Gardner .. 86	—
Baily..... 54	—	Gardner .. 87	—
Bird..... 55	—	Gardner .. 88	—
Bird..... 56	—	Hartwig.. 91	—
Bird..... 57	—	Hoffmann . 92	—
Bird..... 58	—	Hoffmann . 93	—
Bird..... 59	—	Israël.... 95	—
Bird..... 60	—	Kuster... 97	—
Bird..... 61	—	Maydl.... 100	—
Bird..... 62	—	Mosler et	
Bird..... 63	—	Vogt. 102	—
Breitkoff... 68	—	Otto..... 104	—
Fenger et		Péan..... 109	—
Hollister. 76	—	Potherat.. 110	—
Fitzgérald.. 78	—	Quénu.... 112	—
Gardner... 80	—	Rebière... 113	—
Gardner... 81	—	Thomson . 123	—
Gardner... 82	—	Todd..... 135	—

En résumé, nous trouvons sur 108 cas traités par l'opération radicale 92 guérisons et 16 morts, ce qui donne une proportion de **85,18 pour 100 de guérisons.**

Nous voilà bien loin de l'effrayante statistique des guérisons spontanées !

Nos	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
1	Allen — Australian Med. journ. 1881, p. 198.	H	56	Gros kyste du lobe inf. du pou- mon droit. 2° kyste dans le foie comprimant le canal cystique.
2	Bird. — Medical Times 1873, t. II, p. 164.	H	40	Base de la plèvr. droite.
3	Bristowe. — Medical Presse, and circular., 17 déc. 1890.	H	9	Lobe inf. poumon gauche.
4	Broadbent. — The Lancet 1878.	F	19	La plus grande partie du pou- mon droit.
5	Caron et Soubeiran. — Gaz. méd. de Paris 1853.	H	36	Plèvre droite. Gros comme tête d'enfant de 10 ans.
6	Clerc et Barié. — Soc. anat., 25 juin 1897, p. 541.	F	43	Poumon droit
7	Duffey. — Dublin journ. of med. sc. avril 1891, p. 282.	H	—	Poumon droit.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Ponction dans la région axillaire inf. entre les 9 ^e et 10 ^e côtes. Liquide sanguinolent en petite quantité.	Symptômes observés sont surtout dus au kyste du foie : jaunisse, œdème des jambes.	Mort.
Ponction au dessous des côtes, le trocart est enfoncé de bas en haut. Quelques semaines plus tard, 2 ^e ponction	On avait diagnostiqué un kyste du foie. Accidents cardiaques après la ponction.	Mort subite après la 2 ^e ponction. Autopsie. Foie petit et sain, pas blessé par le trocart ; le kyste était au dessus du diaphragme et occupait la cavité pleurale. Des kystes occupaient la totalité de la surface ext. du cœur.
Ponction juste au dessous de l'angle de l'omoplate. — Liquide clair qui cesse de s'écouler quand on fait le vide. — Vomique. — Cyanose. — Grande détresse. — Pneumothorax. 2 ^e ponction sur la ligne axillaire, il ne s'échappe que de l'air.	Diagnostic : Pleurésie. Cœur déplacé à droite.	Mort 7 minutes après la 1 ^{re} ponction. Autopsie. La cavité kystique communiquait avec une bronche
Ponction aspiratrice. On retire quelques gouttes de sang.	Les symptômes simulaient un pneumothorax. Aucun doute que le kyste était rompu avant la ponction.	Mort.
Ponction au lieu d'élection : 2 ou 3 onces de liquide clair.	Violente crise de dyspnée après la ponction.	Mort 5 jours après l'opération, avec symptômes de congestion veineuse de la tête, du cou et du bras droit.
2 ponctions négatives.	Vomique purulente avant les ponctions	Mort 4 jours après la 2 ^e ponction.
Ponction dans le 7 ^e espace intercostal. Liquide clair.	Diagnostic : pleurésie pendant la ponction, dyspnée intense.	Mort.

NOS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGÉ	SIÈGE
8	Duguet. — 1894. <i>In</i> Thèse de Behr, p. 136.	H	31	Sommet gauche.
9	Cornil et Gibier. — Progrès médical, 5 avril 1884.	F	19	Profondément situé dans le poumon gauche.
10	Dunn. — Austral Med. journ. 1863, p. 23.	H	37	Large cavité dans le poumon droit s'étendant jusqu'au bord du foie. Disparition de diaphragme.
11	Fræntzel. — Charité Annalen, 1876.	—	—	Poumon gauche : kyste du vol. d'une tête d'adulte. Dans poumon droit, un kyste un peu plus petit.
12	Mac Gillivray. — Austr. Med. journ. 1867, p. 74.	H	63	Large kyste occupant la plus grande partie du poumon droit, dont la seule partie saine se trouve au sommet.
13	Graham et Wood. — Inter-cal. Med. journ. 1898, p. 477.	H	—	Poumon droit.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Ponction dans le 6 ^e espace donne issue : à 1 litre de liquide. A peine le trocart est-il introduit que survint une vomique hydatique. Pneumothorax et emphysème sous-cutané allant du pli de l'aîne à la clavicule.	Diagnostic : pleurésie enkystée du sommet. Cœur déplacé à droite.	Mort 15 jours après la ponction. Autopsie.
Ponction : 1 litre de liquide.	—	Mort en 8 heures. A l'autopsie, la poche contient encore 1 litre de liquide et de nombreuses hyd. filles.
Ponction avec fin trocart : 72 onces de liquide. — un mois après le malade revient avec violente dyspnée, point de côté. 2 ^e ponction. 3 pintes de pus et membranes d'hydatides.	2 jours après la 2 ^e opération, toux violente et expectoration abondante de pus. Le malade meurt progressivement.	Mort 4 jours après la 2 ^e ponction.
Ponction 100 ^{es} de sérosité sanguinolente.	Diagnostic pas fait pendant la vie.	Mort. Autopsie. Le tissu pulmonaire avoisinant les kystes était en partie détruit par la suppuration.
Ponction avec fin trocart : 52 onces de liquide clair. Soulagement pour une quinzaine. A ce moment, toux, dyspnée, expectoration fétide. Ponctions faites en plusieurs endroits ne ramènent qu'un peu de sang.	Le contenu du kyste est épais et visqueux. Il contient 2 ou 3 hyd. filles.	Mort subitement, un mois après la 1 ^{re} ponction.
Ponction dans le 6 ^e espace.	—	Mort subite après que le malade eut rendu une gorgée de liquide. Autopsie. Totalité du poumon droit occupée par un kyste hyd. Inondation du poumon gauche par le liquide hyd. épanché.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
14	Huppert. — Echinococcus pulmonum. Inaug. dissert. Jena, 1875.	F	29	Lobe inf. du poumon gauche. Kyste de la grosseur du poing, rupturé dans la plèvre.
15	Hinckeldeyn. — Cité dans Madelung.	F	40	Poumon droit et foie.
16	Lonsdale Holden, in Davies Thomas. — Austr. Med. journ. 1889, p. 305.	H	23	Cavité au milieu du poumon droit, d'une capacité d'une pinte. Elle contenait un gros kyste vide et un plus petit non rupturé.
17	Lonsdale Holden — 1884. In D. Thomas, id.	F	39	Gros kyste dans lobe inf. du poumon gauche. Il avait déplacé le cœur dans une position horizontale. — <i>Kyste non ouvert et contenant du liquide clair.</i>
18	Hector Mackensie. — Semaine méd. 1892, p. 138.	H	26	Poumon droit. Kyste d'une capacité de 2 litres 1/2.
19	Schede. — Cité dans Madelung, p. 86.	F	23	Kyste occupe la totalité du côté droit de la poitrine.
20	Shields. — Austr. Med. journ. 1884, p. 360.	F	23	Immense kyste occupant presque tout le poumon droit.
21	Scholtz. — Cité dans Madelung.	F	20	Poumon.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Ponction avec seringue de Pravaz. Dyspnée et vomissements immédiatement après 2 ^e ponction.	—	<i>Mort.</i> <i>Autopsie.</i> Pyopneumothorax.
Ponction. Perforation du poumon, hydatide dans la plèvre; ponction dans la plèvre.	Diagnostic confirmé par l'autopsie.	Mort.
Ponction aspiratrice avec fine aiguille. Pas de liquide.	Mort due probablement à l'envahissement des bronches des 2 poumons par le liquide.	Mort 5 minutes après la ponction avec symptômes d'asphyxie.
Deux ponctions à 5 jours d'intervalles, sans résultats.	Le malade meurt une demi-heure après la 2 ^e ponction.	Mort.
Ponction exploratrice ramène liquide clair.	<i>Autopsie.</i> Plusieurs bronches de gros calibre communiquaient avec le kyste.	Mort 2 heures après.
Ponction exploratrice cause de suite une toux grave avec expectoration de beaucoup de liquide.	Le malade meurt par suffocation en quelques minutes.	Mort rapide.
Ponction exploratrice suivie immédiatement d'une ponction avec gros trocart dans la ligne axillaire dans le 3 ^e espace intercostal. On retire 3 pintes de liquide clair.	Toux, fièvre, dyspnée après l'opération.	Mort le 5 ^e jour après la ponction.
Ponction avec seringue de Pravaz.	Traitement dure 11 mois. Le kyste se rompit dans les bronches et des centaines de kystes furent expectorés. Fièvre hectique, etc.	Mort dans un accès de toux.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
22	Verco et Thomas. — Adelaide Hosp. 1884.	F	20	Sommet de poumon droit.
23	Williams. — Austr. Med. journ. 1881, p. 267.	—	—	Kyste hyd. de poumon simulant un hydrothorax.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Fine aiguille aspiratrice. La ponction donne un liquide clair. On laissa couler seulement 1/2 once, car on avait l'intention de faire l'opération radicale. 2 mois après, le kyste s'étant rempli, on fit une 2^e ponction avec un gros trocart dans la partie extérieure du 2^e espace intercostal.	Symptômes de pneumothorax apparurent après les 2 opérations. La 2^e fois, mort. Pas d'autopsie.	Mort.
Ponction.	Autopsie.	Mort 48 heures après la ponction.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
24	Bird. — Medical Times 1873, t. II, p. 164.	F	17	Lobe sup. du poumon gauche.
25	Bird. — <i>In</i> Thèse de Hearn, p. 232.	H	38	Kyste hyd. considérable du poumon gauche.
26	Babington. — Guy's Hosp., Rep. 1884. Signalé dans <i>Mirallié</i> , Gaz. des Hop. 1893, p. 111. Je n'ai pu me procurer le texte.	—	—	Kyste hydatique.
27	Brugnon <i>In Valleix</i> . — Arch. gén. de Méd. 1839, p. 80.	H	—	Poumon gauche.
28	Blair. — Austr. Med. journ. 1873. Indiqué dans <i>Mirallié</i> , loc. cit.	—	—	Poumon.
29	Fitzgerald cité par Bird — Med. Times 1873, t. II, p. 164.	F	9	Kyste du foie ponctionné et guéri. 6 mois après, kyste du sommet du poumon droit.
30	Moutard-Martin cité par Delgrange. — Thèse de Paris, 1879.	H	52	Poumon gauche.
31	Mac Gillivray. — Austr. Med. journ. 1865. Cité par <i>Mirallié</i> , loc. cit. Je n'ai pu me procurer le texte.	—	—	Poumon.
32	Mac Gillivray. — Id. 1867	—	—	Poumon.
33	Mac Gillivray. — Id. 1867.	—	—	Poumon.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction</i> au-dessous de la clavicule. Il s'écoule 6 onces de liquide. A ce moment, <i>vomique</i> .	Le malade continue à rendre des débris du kiste.	Guérison lente.
<i>Ponction</i> entre 4 ^e et 5 ^e côtes. Après l'issue de quelques onces de liquide, <i>vomique</i> et pneumothorax.	Les échinocoques furent rendus par l'expectoration.	Guérison en 6 semaines.
<i>Ponction.</i>	—	Guérison.
<i>Ponction</i> entre 5 ^e et 6 ^e côtes. Il sort 7 livres de sérosité trouble.	Diagnostic : pleurésie. 8 jours après la ponction, il sort par la canule des petites hydatides globuleuses.	Guérison en 6 mois.
<i>Ponction.</i>	—	Guérison.
<i>Ponction.</i>	—	Guérison.
<i>Ponction</i> dans le 8 ^e espace intercostal gauche à 6 cent. du rachis. Il ne sort qu'une cuillerée de liquide cristal de roche qui fait faire le diagnostic.	Diagnostic : pleurésie. Doigts hippocratiques. Au moment où on retire le trocart, formidable accès de toux, hémoptysie abondante (2 cuvettes).	Guérison.
<i>Ponction.</i>	—	Guérison.
<i>Ponction.</i>	—	Guérison.
<i>Ponction.</i>	—	Guérison

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
34	Mac Mullen. — Thèse de Hearn, p. 233.	—	—	—
35	Robertson. — Austr. Med. journ. 1881, p. 179.	—	—	2 kystes, l'un du côté droit, l'autre du côté gauche.
36	Davies Thomas. — Medical Times and Gazette 1881, p. 64.	H	38	Base du poumon gauche.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction.</i> — Vomique consécutive.	Expectoration de membranes hydatiques.	Guérison.
<i>Ponction</i> du côté droit : liquide hyd. très clair. 2 ^e ponction à gauche.	Cœur déplacé à droite.	Guérison.
<i>Ponction</i> dans 8 ^e espace à sa partie post. Il s'écoule 18 onces de liquide opalescent. 5 heures après le malade se promenait dans le jardin. 10 heures après l'opération, étant assis, le malade a une vomique.	Diagnostic fait. 1 mois après la ponction, rejet d'une membrane hydatique.	Guérison.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
37	Allen. — Austr. Med. journ. 1881, p. 193.	H	41	Lobe inf du poumon droit. Gr kyste contenant du pus fétide des débris de membrane. Le reste du poumon est dur imperméable à l'air.
38	Berger. — Soc. de Chir., juin 1893.	F	—	Kyste suppuré du poumon q avait donné lieu à une vom que.
39	Bird. — Austral. Med. journ. 1871.	F	—	Enorme kyste du poumon ga che.
40	Bird. — <i>Id.</i> , 1881, p. 171.	F	26	Kyste de la partie inf. de plèvre droite.
41	Derignac. — Progrès Médic., 1883, p. 507.	—	—	Kyste suppuré.
42	Doyen. — Congrès français de chir. Paris, 1895.	—	—	Poumon.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction avec le trocart. Ensuite la plaie est élargie pour permettre un écoulement facile.</i>	Les membranes hydatiques ne furent pas toutes extraites par l'opération.	Mort quelques jours après l'opération.
<i>Empyème. — Tissu pulmonaire dégénéré adhère à la plèvre. Pus et 300 vésicules hydatiques. Injections boriquées. A la 3^e seringue, la malade meurt dans un accès de suffocation.</i>	—	Mort pendant l'opération.
<i>Ponction avec trocart. Sui- vie d'une incision dans le 4^e espace. Il sort du pus et le kyste.</i>	Grande amélioration, mais la plaie se ferma et empêcha l'écoulement du pus. La toux réapparaît. Le malade refusa une autre opération.	Mort.
<i>Ponction dans le 7^e espace : 3 pintes de liquide demi purulent contenant des crochets. Très peu d'amélioration.</i> <i>10 jours après, incision dans 7^e espace. On retire un kyste hydatique déchiré et en putréfaction. Pas de soulagement.</i>	15 jours après l'incision, dyspnée et oppression. Durant l'exploration de la cavité avec une sonde élastique, un second kyste fut ouvert d'où il s'écoula 10 onces de liquide clair. Amélioration. Mais des accidents cardiaques enlèvent la malade.	Mort.
<i>Ponction : 3200 grammes de liquide clair.</i> <i>Empyème. — 15 jours après. Dans le 6^e espace. On sent dans la plaie un kyste qui est incisé. Extirpation. Drains. Lavages.</i>	Kyste du volume d'une tête d'adulte. <i>Diagnostic</i> fait par M. Landouzy. Le lendemain de l'opération, syncope, mort apparente qui cesse par la respiration artificielle.	Mort subite 3 jours après.
<i>Ponction au moment de l'opération : vomique de 4 litres. Trois jours après, le kyste fut largement ouvert et la membrane hydatique enlevée.</i>	Diagnostic fait avant toute ponction.	Mort au bout de quelques jours avec péricardite et pleurésie purulente.

Nos	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
43	Dugué et Varnier. - Soc. anat. 1886, p. 377.	H	—	Base du poumon gauche.
44	Hartwig. - Thèse inaug. Halle 1883.	—	—	—
45	Leclerc et Tillier. — Lyon méd., 8 sept. 1889.	—	—	—
46	Méry et Rieffel. — Soc. anat. 1888, p. 289.	F	46	Kyste hyd. occupant les 2/3 inf. du poumon droit.
47	Ord et Robinson. — Bulletin méd. 1892, p. 125.	H	18	Kyste suppuré de la base d poumon droit.
48	Proust et Léonard. — Soc. anat., avril 1886 p. 288.	H	36	Côté gauche.
49	Davies Thomas. — Austral. Med. journ, 1889, p. 305.	H	45	Poumon droit est remplacé par ainsi dire par un immense kyste hydatique.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction</i> : liquide clair comme eau de roche. Le lendemain, <i>vomique</i> et <i>pneumothorax</i>. <i>Empyème</i> : rien ne s'écoule. Le lendemain, on trouve des poches hydatiques dans le pansement.	—	Mort un mois après. <i>Autopsie</i>. — Tuberculose miliaire récente des 2 poumons.
Pneumotomie.	—	Mort.
Empyème.	—	Mort.
<i>Empyème</i> : flot de pus fétide et quantité considérable d'hydatides. Vomique. 2 drains. Lavage.	Vomique et pneumothorax.	Mort 8 jours après l'opération. <i>Autopsie</i>.
<i>Ponction exploratrice</i> : 4 grammes de pus et de sang avec débris de fausses membranes. <i>Incision</i> dans 6^e espace. <i>Résection</i> de 1 cent. 1/2 de la côte. L'incision du poumon donne issue à du pus et à des fausses membranes. 2 drains.	<i>Autopsie</i>. — Le kyste occupe tout le lobe inf. du poumon droit. Lésions de broncho-pneumonie dans les deux poumons. Péricardite récente. 2 kystes dans le foie.	Le malade mourut d'épuisement 13 jours après l'opération.
<i>Ponction</i> évacua 2 litres de pus. <i>L'empyème</i> ne donne pas issue à des hydatides.	Le malade présentait tous les signes d'un pneumothorax lors de son entrée à l'hôpital.	Mort le jour de l'opération par syncope. <i>Autopsie</i>. — Surface du poumon gauche farcie de petits kistes. Plèvre remplie d'hydatides secondaires nageant dans le pus.
<i>Ponction exploratrice</i> suivie d'une incision dans le 5^e espace. . . Contre-ouverture dans le 9^e espace sur la ligne axillaire post. Gros drain.	Kyste mère entièrement extrait par l'opération. Le malade mourut le 22^e jour après l'opération de septicémie.	Mort. <i>Autopsie</i>. — Pneumonie gauche, pleurésie et péricardite.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
50	E. Thomas. — Revue Méd. Suisse romande 1895, p. 337.	H	33	Base du poumon droit.
51	Williams. — The Lancet, 1864, t. II, p. 632.	H	25	Cavité pleurale gauche.
52	Tillaux. — In Thèse de Behr.	F	45	Kyste hyd. du lobe gauche du foie ouvert dans le poumon gauche. — <i>Diagnostic</i> : Kyste hyd de la partie moyenne du poumon gauche ouvert dans les bronches et sphacélé.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Le 22 avril 1894, <i>empyème</i> , flot de pus et quantité de membranes hydatiques. Vomique. Lavage. Drains.—	En janvier 1891 est ponctionné 3 fois pour un kyste hydatique du foie. Gué ison. Le 15 avril 1894, vomique et pneumothorax.	8 jours après l'opération, collapsus. <i>Mort</i> . Autopsie.
Ce qui semblait être un abcès du côté gauche de la poitrine fut <i>incisé</i> . On retira une cuvette pleine de pus et d'hydatides.	De l'air s'échappa à travers la plaie et le malade cracha du pus et des kystes hydatiques.	Mort due à l'extirpation.
<i>Pneumotomie</i> . — Résection de 4 cent. de la 6 ^e côte. Plevre viscérale adhérente à la paroi. Ponction explor. : pus. Incision du poumon au thermocautère sur une épaisseur de 1 cent. 1/2. Cavité de la grosseur d'une orange. Drain. Lavages mal supportés.	Vomique. 8 jours après l'opération, abcès putride à la base de la poitrine du côté gauche. Incision : quelques gaz et sérosité sanguinolente.	Mort 5 semaines après l'opération. <i>Autopsie</i> . — Kyste hydatique du lobe gauche du foie, du vol. des deux poings. La poche hydatique communique avec la cavité pulmonaire par une fistule traversant une lame de tissu pulmonaire correspondant à la base du poumon gauche. La cavité pulmonaire du vol. d'une grosse orange,

NOS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
53	Baily. Proceedings of S. A. Branch of the british med. assoc., 29 juillet 1881.	H	15	Base du poumon droit, partie post.
54	Baily. — <i>Id.</i>	F	10	Base du poumon droit, en arrière.
55	Bird. — Austral. med. journ., 1875, p. 304.	H	38	Poumon droit. Très gros kyste.
56	Bird. — Loco citato. Malade du Dr Barrett.	F	22	Poumon gauche.
57	Bird. — Loco citato.	F	21	Poumon droit.
58	Bird. — Loco citato. Malade du Dr Barrett.	F	33	Poumon droit.
59	Bird. — Loco citato. Cas du Dr Barrett.	F	—	Poumon gauche.
60	Bird. — Loco citato.	F	22	Poumon droit.
61	Bird. — Loco citato.	H	12	Poumon droit.
62	Bird. — Austr. Med. journ., 1881, p. 173.	F	9	—

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Incisions</i> entre les 9 ^e et 10 ^e côtes, à la partie post. et entre les 7 ^e et 8 ^e , et contre-ouverture en avant entre les 5 ^e et 6 ^e côtes. Drains traversant la poitrine.	Les ongles s'incarnèrent durant le traitement.	Guérison.
Incision dans le 5 ^e espace juste en dehors du mamelon, contre-incision en arrière.		Revue en bonne voie de guérison.
1 ^{re} ponction : 144 onces de liquide. Ponction. On agrandit l'ouverture et on extirpe presque en entier le kyste.	L'autopsie montra que le kyste était radicalement guéri; il ne restait qu'une petite fistule.	Mort par érysipèle et abcès du poulmon.
Extirpation complète.	Le malade reste 72 jours à l'hôpital.	Guérison.
Ponction et incision. Kyste extrait par morceaux.	Séjour à l'hôpital, 97 jours.	Guérison.
Extraction complète.	61 jours à l'hôpital.	Guérison.
Ponction et incision. Kyste extrait par morceaux.	62 jours à l'hôpital.	Guérison.
Ponction et incision	Kyste d'un volume énorme. La malade était très près de mourir de syncope et d'étouffement. Reste 44 jours à l'hôpital.	Guérison.
Ponction et incision.	69 jours à l'hôpital.	Guérison.
Ponction dans 5 ^e espace. 2 jours après, incision et extirpation du kyste. Drain.	Les jours suivants, lavages fréquents de la cavité.	Guérison complète en 1 mois

NOS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
63	Bird. — Austr. Med. journ., 1884.	H	Adult.	Base du poumon droit, en avant.
64	Blair. — Austral. Med. journ., 1875, p. 144.	F	35	Base du poumon droit, surtout en avant.
65	Bouilly. — Soc. de chir., 1886.	H	46	Poumon. Kyste suppuré rompu dans les bronches.
66	Bouilly. — Soc. de chirurgie, juillet 1892.	H	—	
67	Bucquoy. — Soc. Méd des hép., juin 1882.	H	39	Poumon droit.
68	Breitkoff. — Inaug., Dissert. Griefswald, 1882.	H	25	Base du poumon droit.
69	Codd. — British Med. journ., mai 1898, p. 1334.	H		Kyste hydatique du poumon gauche avec pyo-pneumothorax.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Ponction avec gros trocart. dans 5° espace. Ensuite incision et lavages antiseptiques pendant 3 semaines.	Le malade avait les doigts hippocratiques qui se redressèrent petit à petit pendant le traitement.	Guérison
3 ponctions en 2 mois. La dernière ramène 112 onces de pus et des hyd. filles. 15 jours après, incision dans le 8° espace.	Amélioration rapide après l'extirpation du kyste mère par la plaie.	Guérison complète 10 semaines après l'incision
Ablation d'un morceau des 3° et 4° côtes en avant. Adhérences. Ouverture au thermocautère.	Malgré l'emploi du thermocautère, hémorrhagie considérable arrêtée par tamponnement.	Guérison.
Résection de la 3° côte. Le poumon est adhérent à la plèvre. Incision large de la poche qui est nettoyée. Extirpation facile de la poche. Suture et drainage.	Diagnostic fait par M. Netter grâce à l'examen des crachats et confirmé par une ponction exploratrice.	Guérison complète en 15 jours.
1° ponction : 2800 grammes de liquide fétide. 2° ponction, quelques jours après : 100 grammes d'un liquide purulent d'une fétidité horrible. Le lendemain, empyème dans le 7° espace droit. Peu de liquide purulent, quelques fausses membranes. On retire une membrane hydatique du volume d'une orange. Lavage boriqué. Drain.	Le malade présentait tous les signes d'un épanchement pleurétique, quelques jours plus tard, <i>pneumothorax, vomique</i> abondante.	Guérison, mais fistule de 14 cent. de long. Santé générale très satisfaisante un an après.
Incision. Résection d'une partie de la 6° côte. Une ponction exploratrice ramena du sang.	On ne peut arriver jusqu'à la cavité, de sorte qu'on referme la plaie.	Guérison complète.
Ponction exploratrice ramène du pus fétide. 13 jours après, un kyste fut extrait par la plaie.	Diag. Épanchement pleurétique. Pointe du cœur à droite du sternum, revient à sa situation normale après l'opération.	Guérison rapide.

Nos	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
70	J. Cooke. — Austral. Med. journ., 1888, p. 165.	F	21	Poumon gauche.
71	J. Cooke. — <i>Id.</i>	F	38	Poumon droit.
72	Delagénère. — Soc. de chir., juin 1893.	F	—	Kyste hyd. du poumon gauche ouvert dans la plèvre.
73	Carl Beck. — Journal of American Med. assoc., nov. 1898, p. 1238.	H	38	Poumon droit.
74	Delbet. — Soc anat., 1892, p. 474.	H	23	Kyste hyd. <i>suppuré</i> du poumon gauche.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Ponction dans 7^e espace : pus. 6 jours après, <i>pneumotomie</i>. Incision dans le 7^e espace. Ouverture du kyste.	Le lendemain de l'opération, lavage, le kyste sort en entier.	Guérison 1 mois après.
Kyste déjà ponctionné 18 mois avant l'opération. Liquide clair et vésicules. Incision au-dessous du sein droit. Ouverture du kyste. Lavage boriqué.	Le lendemain de l'opération, lavage, le kyste sort en entier.	Guérison. La malade quitte l'hôpital au bout d'un mois. Revue 6 mois après en parfaite santé.
2 ponctions : liquide clair. 1^{re} opération (pleurotomie) le 26 février. Incision de 8 cent. dans le 7^e espace. Liquide clair et abondant. On aperçoit nettement un kyste. On l'incise, on le vide des débris sphacelés qu'il contenait. Drainage. Injection de sublimé. 2^e opération le 28 avril. Résection de 8 cent. des 8^e, 7^e et 6^e côtes. On enlève en totalité la paroi du kyste.	Après la 1^{re} opération, expulsion d'hydatides par la plaie.	Guérison rapide après la 2^e opération.
<i>Pneumotomie</i>. Après l'ouverture de la plèvre, on fait plusieurs ponctions exploratrices négatives. On incise le poumon au thermocautère, il s'échappe un flot de pus d'une odeur infecte. Phénomènes de collapsus dont on vient à bout par la respiration artificielle.	Diagnostic fait d'après la vomique. Le lendemain de l'opération, lavage et drain. Quelques jours après, il sort par la plaie une membrane hydatique.	Guérison en 7 mois.
Incision de 10 cent. dans le 4^e espace. On tombe sur une masse sclérosée correspondant à la plèvre et au poumon. Incision au bistouri. Vaste cavité dans le poumon communiquant largement avec une grosse bronche. Pus très fétide. Tamponnement à la gaze iodée.	<i>Diagnostic</i>. Pleurésie purulente interlobaire avec vomique consécutive à une congestion grippale. Pendant l'opération, le malade cyanosé a une vomique de pus fétide.	Guérison.

NOS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
75	Delgrange — Thèse de Paris, p. 45.	F	35	Poumon gauche.
76	Fenger et Hollister. — Ame- rican journal of the Medical Sciences, 1881, p. 371.	H	34	Partie moyenne du poumon droit.
77	Freteau. — Journ. gén. de Sédillot, 1812, t. XLIII, cité par Cruveillier, Davaine, Hearn.	H	28	Voussure à la partie inf. et post. du côté droit du thorax. Fluc- tuation. Par la pression, on pouvait faire rentrer le liquide dans la poitrine. Pendant la toux, la tumeur molle se repro- duisait.
78	Fitzgerald. — Cité par Bird, Medical Times, 1873, t. II, p. 164.	—	—	—
79	Braman. — In Thèse de Halle.	H	60	Kyste suppuré du volume d'une tête d'enfant.
80	Gardner. — Austral. Med. journ., 1894, p. 357.	—	—	Kyste du poumon.
81	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	Poumon.
82	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	<i>Id.</i>
83	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	<i>Id.</i>
84	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	<i>Id.</i>

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction</i> : 1 litre de liquide eau de roche. Le malade ressent une douleur intense dans la poitrine, se cyanose et suffoque. 5 jours après, le malade rend des débris de membrane. 15 jours après, <i>ponction</i> : 20 grammes de pus fétide et gaz venant de la cavité intra-pulmonaire.	Déviation du cœur à droite.	Guérison rapide après l'opération.
<i>Empyème</i> . Dyspnée extrême. Les jours suivants, lavages.		
Incision dans le 3 ^e espace en avant. Contre-ouverture dans le 5 ^e espace. Lavage de la poche et extirpation immédiate du kyste.	Les signes physiques étaient considérablement modifiés par les changements de position.	Guérison en 102 jours.
Incision sur la tumeur. Un kyste apparaît dans la plaie. On l'ouvre. Il s'écoule d'abord du liquide limpide, et ensuite une grande quantité de pus jaune. Ensuite, il s'écoule du pus et des hydatides.	15 jours après l'opération, expectoration abondante de pus et d'hydatides. Plusieurs hyd. furent rejetées ensuite par l'expectoration et la plaie.	Grande amélioration. Probablement guérison ultérieure.
Incision. Curettage.	—	Guérison.
Pneumotomie.	Plèvre adhérente.	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
85	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	Id.
86	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	Id.
87	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	Id.
88	Gardner. — <i>Id.</i>	—	—	Id.
89	Groom. — The Lancet, 1864, vol. I, p. 846.	F	15	Gros kyste du poumon droit.
90	Mac Gillivray. — Austral. Med. journ., 1867, p. 70.	F	27	Gros kyste du poumon droit.
91	Hartwig. — Thèse inaug. de Halle, 1883.	—	—	Poumon.
92	Hoffmann. — Soc. de Méd. de Greifswald, 1 ^{er} nov. 1890 (Mercredi médical, 1891, 7 janvier).	—	—	Poumon.
93	Hoffmann. — <i>Id.</i>	—	—	Poumon.
94	Isaiah de Zouche. — Austral. Med. journ., 1883, p. 9.	F	13	Partie inf. du poumon droit.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pneumotomie.	—	Guérison.
3 semaines avant son admission, une <i>ponction</i> ramena 3 pintes de liquide. <i>Incision</i> dans le 6 ^e espace, sur la ligne axillaire. Beaucoup de liquide et d'hydatides.	Diagnostic : Empyème.	Guérison. Mais 8 mois après l'opération, il y avait encore une fistule par où s'écoulait du pus.
<i>Ponction</i> avec gros trocart sous l'angle de l'omoplate ; plus de 2 litres de pus. Le thorax fut à deux reprises incisé et un gros drain laissé à demeure. Il sortit un grand nombre d'hydatides. Lavage de la cavité au chlorure de zinc.	Diagnostic : Pleurésie avec épanchement. L'examen microscopique montra une quantité de fibres élastiques, et du tissu pulmonaire désagrégé, prouvant l'origine pulmonaire du kyste.	Guérison. Petite fistule.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Résection costale. La paroi du kyste mesure 2 cent. d'épaisseur.	—	Guérison complète après une fistule qui a duré plusieurs semaines.
Pneumotomie.	—	Guérison.
<i>Ponction exploratrice</i> avec une aiguille hypodermique dans 7 ^e espace, sur la ligne axillaire médiane : pus fétide. <i>Incision</i> dans 7 ^e espace : pus. Kyste de la grosseur d'une noix de coco. Injections d'iode et de permanganate de potasse, elles occasionnent des quintes de toux graves.	Diagnostic : Empyème. Forte dyspnée pendant l'opération. Expectoration purulente et sanglante très abondante. Asphyxie imminente.	Guérison. Drain enlevé le 52 ^e jour ; la malade quitte l'hôpital le 66 ^e jour.

NOS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
95	Israel. — XV ^e Congrès allemand, 7 avril 1886.	F	25	Kyste rompu dans les bronches
96	Jonnesco. — Congrès français de chir., 1895.	H	47	Poumon gauche.
97	Kuster. — Berl. clin. Woch., 1890.	—	—	Kyste hyd. du poumon.
98	Landau. — Archiv. für Gyneco, K. VIII, Heft, 2, cité par Meisser, p. 115, n ^o 16.	F	25	Kyste du vol du poing, situé du côté droit au dessous de la paroi thoracique et lui adhérent au niveau de la 4 ^e côte.
99	Lehmann. — Thèse de Paris, 1882.	H	39	Poumon droit.
100	Maydl. — Soc. imperio. royal de Méd. de Vienne, décembre 1890.	H	—	Poumon droit.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction exploratrice.</i> Résection des 7 ^e et 8 ^e côtes. Ouverture du kyste.	—	<i>Guérison</i> après bien des dangers qui doivent être attribués pour la plupart à la ponction.
<i>Ponction exploratrice</i> : Liquide eau de roche avec crochets. Résection de 6 cent. de la 7 ^e côte. Incision de la plèvre suivie de l'issue de liquide purulent. Incision du poulmon au thermocautère qui traverse 5 cent 1/2 parenchyme. Pénétration dans la cavité kystique d'où s'écoule 800 grammes de liquide. Lavage. Drain.	Cœur déplacé à droite. Vomique pendant l'opération	<i>Guérison</i> en 6 semaines.
Pneumotomie,	—	<i>Guérison.</i>
<i>Incision</i> donne issue à 400 grammes de liquide clair, avec 30 à 40 hydatides. Ensuite écoulement de pus et de membranes.	Le kyste avait érodé les côtes et détruit les muscles intercostaux où il faisait saillie. La toux continue après l'opération.	<i>Guérison</i> après suppuration abondante, issue d'hydatides, etc., pendant quelques mois.
<i>Ponction</i> : 2,800 grammes de liquide purulent. Vomique. <i>Empyème</i> : 800 grammes de pus, poche hydatique du volume d'une orange.	<i>Diagnostic</i> : Epanchement pleural. Pneumothorax.	<i>Guérison.</i>
1 ^{re} opération. Kyste hydatique de la plèvre développé dans le foie et ayant perforé le diaphragme. 2 ^e opération. Un an plus tard, 2 autres kystes se développent, un kyste sous-diaphragmatique guéri en 6 semaines et un kyste pleural qui, après l'opération, livre continuellement passage à des vésicules.	Signes de pleurésie droite avec épanchement.	<i>Guérison.</i>

NOS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
101	Mosler et Vogt. — In Truc. -- Revue de méd., 1886.	--	--	Poumon droit.
102	Mosler et Vogt. — <i>Id.</i>	--	--	Poumon.
103	Moutard-Martin. — Gazette hebdomadaire, 1871.	H	17	Côté droit.
104	Otto. — Saint-Petersburgh Woch, 1884, n° II.	--	--	Poumon.
105	Pagenstecher. — Medical press, 19 sept. 1894.	H	9	Poumon gauche, lobe inf.
106	Pardey. — Austral. Med. jour., 1891, p. 379.	H	33	Kyste du poumon droit rupture dans la plèvre.
107	Poirier. — Thèse de Behr, 1895.	F	31	Poumon droit.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Résection de la 4 ^e côte. Plèvre adhérente. 3 ponctions exploratrices sans résultat. 2 ^e opération 1 an après. Ouverture du kyste. Lavage.	Diagnostic fait avant l'opération : il y avait eu expectoration de cysticerques.	Guérison en 3 mois.
Pneumotomie.	—	Guérison.
<i>Ponction aspiratrice</i> : 20 grammes de pus. <i>Incision</i> : beaucoup de pus et nombreuses hydatides. Lavages à l'eau alcoolisée.	Diagnostic : pleurésie purulente.	Revue en bonne voie de guérison,
Pneumotomie.	—	Guérison.
Résection de la 10 ^e côte. Après l'incision de la plèvre, il s'écoule 10 onces de liquide. A la partie inférieure du lobe inférieur du poumon, on aperçoit une saillie qui est <i>ponctionnée</i> . Il s'échappe du liquide clair. On extrait un kyste hydatique du volume du poing. Poche unique.	Diagnostic : pleurésie purulente tuberculeuse. La <i>ponction exploratrice</i> semble confirmer le diagnostic.	Guérison en 3 mois.
Résection d'une partie de la 5 ^e côte. Une demi-pinte de liquide légèrement purulent. Drain.	Vomique de liquide eau de roche. 2 jours après l'opération, un gros kyste et plusieurs petits kystes s'échappent à travers le tube.	Guérison en 2 mois.
<i>Ponction</i> suivie immédiatement d'une <i>vomique</i> . La ponction donne issue à 1 litre 1/2 de liquide limpide 1 an après. <i>Pneumotomie</i> . Résection de 6 cent. de la 8 ^e côte. L'exploration digitale permet de reconnaître une tumeur fluctuante qui est perforée avec l'ongle. Pus fétide. Il sort une poche du volume d'une tête de fœtus. 2 drains.	Diagnostic : pleurésie à la suite de la <i>ponction</i> , suppuration de la poche adventice. Expectoration purulente. Quelques jours après l'opération, poussée d'urticaire.	Guérison.

Nos	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
108	Polailon. — In Thèse de Richerolle, p. 39.	F	48	Poumon gauche.
109	Péan. — Congrès français de chir., 1897.	—	—	Poumon.
110	Potherat. — Congrès français de chir., Paris, oct 1897.	H	41	Très volumineux kyste du poumon droit, donnant des signes très nets d'un énorme épanchement purulent de la plèvre.
111	Potherat. — <i>Id.</i>	H	—	Kyste suppuré du poumon.
112	Quénu — Société de chirurgie, 1897.	H	—	Kyste hydatique du poumon.
113	Rebière. — Thèse de Paris, 1895.	F	38	Kyste primitif de la plèvre droite.
114	Revilliod — Rev. Méd. de la Suisse Romande, 1890. p. 554.	H	19	Poumon droit.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Empyème</i> dans 8 ^e espace. D'abord liquide purulent. Le malade tousse et expulse un liquide eau de roche et plusieurs poches hydatiques. 3 litres de liquide. 2 drains.	Diagnostic : pleurésie purulente cloisonnée.	Guérison.
Pneumotomie. Les parois du kyste furent fixées à la plaie pariétale. Drainage. Injections iodées.	Erreur de diagnostic.	Guérison.
Incision. La plèvre ne contenait pas de liquide, ses 2 feuillets adhéraient. Incision du kyste. Lavage et drainage.	—	Guérison assez tardive mais complète.
<i>Ponction</i> : pus. <i>Empyème</i> . On constate l'intégrité de la plèvre. Kyste hydatique suppuré dans le parenchyme pulmonaire. Lavage et drainage.	Diagnostic : pleurésie purulente tuberculeuse.	Guérison en quelques mois.
Pneumotomie.	—	Guérison.
Pleurotomie dans le 5 ^e espace. Drainage. Lavages bori- qués. 6 jours après, un kyste hydatique et de nombreuses vésicules s'échappent spontanément.	—	Guérison lente.
<i>Ponction exploratrice</i> : liquide clair. <i>Thoracentèse</i> : 1150 grammes de liquide clair. Angoisse extrême. Tous les signes d'un hydro-pneumothorax. 15 jours après, <i>incision</i> dans le 5 ^e espace. Il sort de l'eau, des membranes hydatiques et du pus. Lavage. On place un siphon.	Diagnostic fait par la ponction explor. Le même jour, <i>urticaire</i> . <i>Bronchostomie</i> qui guérit spontanément.	Guérison en 3 mois.

N ^{OS}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
115	Reid. — Intercol. Med. jour- nal of Australasia, 1898, p. 522.	H	34	Sommet du poumon droit.
116	Reid. — Intercol. Med. jour- nal of Australasia, 1897, p. 608.	H	32	Poumon droit.
117	Reid. <i>Id.</i> , p. 609.	H	37	Poumon gauche.
118	Ritchie. — Intercol. Med. journal of Austral.. 1898, p. 605.	H	28	Base du poumon gauche.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Incision à la partie inférieure de la tumeur. Il s'échappe une grande quantité de kystes hydatiques déchirés et 2 morceaux de côtes nécrosés. Une ouverture à travers la côte menait dans une vaste cavité qui fut drainée	Il existait une tumeur demi-fluctuante située profondément, s'étendant de l'épine dorsale jusqu'à l'épaule, et de la 1 ^{re} vertèbre dorsale à la 11 ^e . Plusieurs ponctions négatives	Guérison.
Opération 3 semaines après la vomique. Résection costale. Beaucoup de pus félide. On ne trouve pas de kyste. Drain. 15 jours après l'opération, issue d'un kyste; il s'en échappe un grand nombre les jours suivants.	Diagnostic pas fait. <i>Vomique</i> d'abord teintée de sang, puis purulente. Le drain étant tombé, le malade fut pris de graves accidents de suffocation, avec cyanose, à cause de l'inondation du poumon par le pus.	Guérison au bout de 7 mois.
Résection de la 6 ^e côte et ouverture de la plèvre. Il s'écoule une demi-pinte de liquide sanguinolent, mais on ne sait pas si c'est du liquide hydatique. Le poumon est <i>ponctionné</i> dans toutes les directions, mais sans résultat. L'exploration digitale ne fournit aucun renseignement.	Diagnostic fait avant l'opération. 8 jours après l'opération, hémorragie foudroyante par la plaie, mais qui cède au tamponnement. Il s'écoule du pus par la plaie. Ce n'est que 6 semaines après l'opération, que le 1 ^{er} kyste sortit dans le pansement; il en sortit des quantités pendant plusieurs semaines. 2 petits kystes furent rendus par la bouche en tousant.	Guérison.
<i>Ponction.</i> Liquide clair. <i>Opération</i> quelques jours après. Résection de la 9 ^e côte. Poumon adhérent à la paroi thoracique. Incision du parenchyme pulmonaire. On trouve un kyste. Extirpation. Drain.	Communication avec une bronche, tous les lavages pratiqués par le drain sont rendus par la bouche.	Guérison retardée par un érysipèle et une grave hémoptysie.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
119	Ritchie. — <i>Id.</i>	H	8	Base du poumon gauche.
120	Sidney Coupland. — The Lancet, 1895, 21 sept., p. 713.	H	15	Kyste hyd. de la plèvre simulant un pyo-pneumothorax.
121	Southey. — Barth. Hosp. Rep., 1867, Vol. III, p. 394.	F	31	Très gros kyste du poumon droit.
122	Steiner. — Centralbl. f. Chir. Leipz., 1898, XXV, p. 23.	F	—	Echinocoque pulmonaire bilatérale avec échinocoque hépatique.
123	Thomson. — Royal Med. and surg. soc., 26 mars 1850.	—	—	Kyste hyd. du poumon,

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Résection de 2 inches de la 10^e côte. En ouvrant la plèvre costale, on voit le poumon adhérent à la partie extérieure seulement de l'incision; on le suture à la plèvre avec du catgut. Incision du poumon au bistouri. Flot de pus et débris d'hydatides. Drain.	Diagnostic fait avant la vomique. Vomique: grande quantité de petits kystes.	Guérison.
<i>Ponction exploratrice</i> : 12 onces de pus inodore contenant beaucoup de gaz. 1^o Résection de la 7^e côte. Beaucoup de pus. 2^e opération, deux mois après la première. Extirpation d'une poche kystique.	Espace de Traube pas conservé. Pointe du cœur bat au dessous du sein droit.	Guérison.
<i>Ponction</i> : 132 onces de liquide purulent. Trocart laissé à demeure. 15 jours après, putréfaction du contenu de la cavité. Fièvre, etc. <i>Incision</i> dans le 6^e espace, sur la partie latérale du thorax. On enlève un kyste de la grosseur d'une vessie de porc.	On ne mit pas de drain après l'opération, aussi y eut-il quelques difficultés à assurer le drainage.	Guérison complète 3 mois après l'opération.
<i>Ponction exploratrice</i> donne issue à liquide caractéristique avec crochets. Résection des 7^e et 8^e côtes gauches. On fixe la plèvre costale à la plèvre pulmonaire et on incise le poumon. On enlève une vésicule échinococcique.	Broncho-pneumonie vient compliquer la convalescence	Guérison.
Incision.	-	Guérison.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
124	D. Thomas. — Austral. Med. journ., 1889, p. 305.	H	30	Base du poumon droit.
125	D. Thomas. — <i>Id.</i>	H	14	Lobe supérieur du poumon droit.
126	D. Thomas. — <i>Id.</i>	F	35	Lobe sup. du poumon gauche.
127	D. Thomas. — <i>Id.</i>	F	12	Lobe sup. du poumon gauche.
128	D. Thomas. — <i>Id.</i>	H	33	Base du poumon gauche, à sa partie postérieure.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Incision dans 8° espace sur la ligne scapulaire suivie de la dilatation forcée. Extraction de la poche kystique. Drain.	Kyste ouvert dans les bronches. La toux cesse après l'opération.	Guérison rapide et complète.
Incision dans le 5° espace sur la ligne axillaire médiane. Dilatation forcée de la plaie pulmonaire avec un forceps. Extraction de la poche kystique.	Kyste déjà ouvert dans les bronches. Toux cesse après l'opération.	Guérison en moins de 2 mois.
<i>Ponction</i> quelques mois avant son entrée à l'hôpital. <i>Incision</i> dans le 4° espace. Extraction du kyste.	Kyste ponctionné et ouvert dans les bronches avant l'entrée à l'hôpital. Grande probabilité de tuberculose du poumon droit. Amélioration rapide après l'opération.	Guérison. Cavité cicatrisée mais la toux légère persiste. Quelques rares hémoptysies. Bon état général.
<i>Thoracentèse</i> donne issue à l'épanchement pleural, mais pas de membranes. Des signes de pneumothorax suivirent l'opération mais disparurent au bout d'un mois. 2 ans 1/2 après, <i>ouverture</i> du kyste hyd. du sommet par une incision superficielle; l'emploi du trocart et du forceps dilatateur permet l'issue de pus et de débris du kyste.	Grand soulagement après la ponction pendant 2 ans. Rapide convalescence après l'ouverture et le drainage du kyste.	Guérison.
Incision sur la ligne axillaire post. Résection d'un morceau de la 5° côte. A ce moment, ponction exploratrice: Liquide clair. L'incision de la poche fut agrandie avec un dilatateur. Extraction en totalité d'un kyste d'un volume d'une noix de coco.	Kyste non rompu.	Guérison complète en 6 semaines.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
129	D. Thomas. - <i>Id.</i>	H	20	Base poumon gauche.
130	D. Thomas. — <i>Id.</i>	F	26	Sommet poumon gauche.
131	D. Thomas. — <i>Id.</i>	H	21	Partie inf. du poumon droit, en avant.
132	D. Thomas. - Austral. Med. Gazette, mai 1888	H	6	Petit kyste du poumon droit ouvert dans la plèvre et ayant occasionné un pneumothorax.
133	D. Thomas. — Austral Med. Gazette, juin 1888.	H	19	Gros kyste du poumon droit ouvert dans la plèvre. Épanchement localisé à la base.
134	Troquart. — Congrès de Bordeaux, août 1895.	H	—	Côté gauche. Kyste ouvert dans la plèvre. Hydro-pneumothorax.
135	Todd. — Intercal. Med. journ. M. et S., Melbourne, 1894, p. 259.	—	—	Poumon.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction</i> antérieurement. <i>Incision</i> et résection de la 9 ^e côte, poumon adhérent. Ouverture du kyste, contenu fétide. Extirpation de la poche.	—	Guérison en 1 mois.
Large trocart introduit dans une cavité située au sommet du poumon gauche.	Kyste ouvert dans les bronches depuis 4 ans. 36 heures avant l'opération, vomique abondante qui manquait d'enlever le malade.	Guérison rapide.
<i>Ponction</i> dans le 4 ^e espace. Suivie des signes d'un hydro-pneumothorax à la base. <i>Incision</i> dans le 10 ^e espace, en arrière. Issue du kyste. Drain.	Le malade était dans un état très critique avant l'opération. Sonlagement rapide. Le kyste n'était pas ouvert avant la ponction.	Guérison complète.
Incision dans 8 ^e espace. Pas d'odeur des gaz, ni des liquides de la plèvre.	5 semaines après l'opération, le kyste sortit par l'ouverture pleurale.	Guérison en moins de 2 mois
Incision dans 8 ^e espace en arrière, quantité considérable de liquide qui était emprisonné par des adhérences à sa partie supérieure. Plus tard, signes de pneumothorax à la partie sup. de la poitrine. Incision dans le 3 ^e espace et contre-ouverture dans le 6 ^e juste au dessus de la ligne d'adhérence.	Les signes de pneumothorax se manifestèrent après la 1 ^{re} opération. Le kyste sortit après la 2 ^e opération.	Guérison complète en 2 mois.
Incision fut faite le 20 ^e jour : Grande quantité de pus fétide. On retire une vaste poche hydatique.	Lavages pendant 2 mois.	Guérison en 3 mois.
Incision. Extirpation. Drainage.	—	Guérison.

NOS	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	ÂGE	SIÈGE
136	Tuffier. — Observation inédite. Voir obs. I de cette Thèse.	H	33	Kyste du lobe moyen du poumon gauche.
137	Tuffier. — Congrès français de chirurgie, oct. 1896.	H	—	Lobe inf. du poumon droit. Kyste du vol. d'un œuf d'autruche.
138	Verco. — In D. Thomas, Austral. Med. journ, 1889, p. 305.	F	43	Partie inf. du poumon gauche, en avant.
139	Way. — Adelaïde Hosp., 1885, in Thomas.	H	13	Base du poumon droit. Kyste rupturé.
140	Way. — Adelaïde Hosp., 1886, in Thomas.	H	18	Kyste du sommet du poumon gauche.
141	J. Wood. — Intercal. Med. journ. of Austral., 1898, p. 475.	F	40	Poumon droit.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
Incision à concavité sup. de 14 cent. de long. Résection des 7 ^e et 10 ^e côtes. <i>Adhérences pleurales.</i> Incision de la plèvre, puis du poumon. On tombe dans une cavité où l'on sent des fausses membranes. <i>Les bords de la cavité sont suturés à la plèvre.</i>	Vomique préalable. Diagnostic fait.	Guérison.
Incision oblique de 15 cent. effleurant en haut la 10 ^e côte. On ouvre le péritoine, rien au foie. Suture. On résèque les 9 ^e et 10 ^e côtes. Ouverture de la plèvre : pneumothorax. Le poumon est suturé à la plèvre et ouvert. Extraction du kyste. Drainage de la plèvre.	Diagnostic fait par M. Tuffier. Les avis différaient quant au siège du kyste (foie ou poumon).	Guérison.
<i>Ponction exploratrice.</i> Incision dans 8 ^e espace sur la ligne axillaire. Pus et débris d'hydatides.	Malade revue par D. Thomas, paraissant en très bonne santé.	Guérison.
Incision. Extirpation de la poche rompue. Lavage.	—	Guérison en 4 mois 1/2.
Pneumotomie. Extraction du kyste non rompu.	—	Guérison
<i>Ponction explor.</i> Liquide limpide. <i>Opération :</i> Résection d'une partie de la 6 ^e côte; incision de la plèvre. Après une 2 ^e ponction, 15 onces de liquide. La poche est enlevée avec une longue pince à mors. Plaie pleurale suturée au catgut et plaie de la paroi suturée sans drainage.	Durant l'opération, du mucus sanguinolent est rendu par la bouche. Le lendemain, état de collapsus dont on se rend maître avec de la strychnine.	Guérison. Malade revue 1 an après guérie.

N ^{os}	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES	SEXE	AGE	SIÈGE
142	J. Wood. — <i>Id.</i> ; p. 476.	H	8	Base du poumon droit.
143	J. Wood. — <i>Id.</i> , p. 478.	F	11	Base du poumon droit.
144	A. Luff. — The Lancet, 1896, p. 1134.	F	30	Volumineux kyste pleural simu- lant un kyste du foie.

OPÉRATIONS	REMARQUES	RÉSULTATS
<i>Ponction explor.</i> Liquide clair. Résection d'une partie de la 5 ^e côte. Trocart enfoui dans la voussure, 22 onces de liquide peu coloré. Ouverture et extraction du kyste. Plaie en partie suturée.	Diagnostic fait. Shock considérable après l'opération nécessitant de la strychnine. 2 jours après, emphysème considérable autour de la plaie.	Guérison en 3 mois
Résection de la 5 ^e côte en arrière. Ponction explor. ramène liquide limpide. Incision : 25 onces de liquide clair. Extraction du kyste entier. Suture. Drain laissé en place 15 heures.	Diagnostic fait. Pendant l'extraction du kyste, quintes de toux et expectoration sanguinolente. Réunion de la plaie par 1 ^{re} intention.	Guérison. Un an après l'opération l'enfant rendit un petit kyste hyd. et du liquide clair,
Laparotomie.	—	Guérison.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

Kyste hydatique du poumon Pneumotomie. Guérison.

Observation de M. TUFFIER.

Charles B..., 33 ans, employé de commerce, entre à l'hôpital le 24 mai 1897.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a, me dit-il, un kyste de l'ovaire ponctionné cinq ou six fois, qui disparut à son retour d'âge (peut être ascite?) Son père est mort d'un épithélioma de l'estomac à 50 ans.

Antécédents personnels. — Fluxion de poitrine du *côté gauche* à 17 ans. Blennorrhagie à 18 ans avec goutte persistant plus d'un an.

Il y a deux ans, il eut des symptômes de névralgie diaphragmatique *gauche* qu'on traita pour une dilatation d'estomac.

Histoire de la maladie. — Il y a deux mois, étant en promenade, le malade eut subitement une petite toux sèche avec issue par la bouche de matières dont il ne peut préciser la nature, mais qui avaient un goût de sang. Il rendit ainsi pendant dix minutes environ, au milieu de symptômes d'anxiété respiratoire et de suffocation. Il n'éprouvait aucune douleur, mais tomba dans un état d'abattement et d'assoupissement tel que le pharmacien

chez qui il entra le prit pour un homme ivre. Il rentra chez lui en voiture et pendant trois semaines ne put garder la position horizontale ; force lui était de s'asseoir sur son lit, le dos protégé par trois oreillers. Il rejetait continuellement par la bouche de gros crachats jaunâtres, puriformes, semblables à ceux qu'il rend aujourd'hui, mais striés de sang. Son médecin crut que ces matières venaient de l'estomac et lui ordonna du lait, avec une potion hémostatique. Le malade plus ou moins remis conserva une grande répugnance pour les aliments gras. Son médecin l'examina plus en détail et lui découvrit une *pleurésie gauche*, pour laquelle il lui fit mettre des vésicatoires qui le soulagèrent. Le docteur Haussmann qui le vit, trouva des frottements pleuraux à la base gauche, et le docteur Chantebois, de Passy, soupçonna l'existence d'un kyste hydatique, mais il se contenta de faire de l'antisepsie bronchique. Le malade eut, à cette époque, une grande dyspnée qui l'obligea à faire appeler son médecin d'urgence, deux fois la nuit.

Au bout d'un mois, l'appétit et les forces revinrent complètement. Le mieux persista et il n'y eut plus de symptômes alarmants. Enfin, il n'a *jamais eu d'urticaire*.

Rappelons qu'il n'a jamais été ni en pays étranger, ni aux colonies et qu'il n'a jamais vécu au contact de chiens ; mais il est employé au Louvre et vit dans un air confiné plus ou moins suspect.

Actuellement, le malade ne souffre nullement, mais rend toujours sans effort de gros crachats jaunâtres, épais, puriformes, non sanguinolents, dont quelques-uns collent au verre.

Il a une petite toux sèche et présente une légère modification dans la voix.

Il n'a pas de dyspnée.

A *Pinspection*, il ne présente ni amaigrissement, ni saillie des

arcs costaux. On ne trouve pas que le côté gauche bombe plus que le droit.

Pour ce qui est de l'examen des organes thoraciques, M. Tuffier voulant s'entourer de toutes les chances de localisation de la tumeur, fit voir le malade à M. Faisans, et voici les signes stéthoscopiques qui résultent de leur examen :

Poumon droit : normal en avant et en arrière.

Poumon gauche : 1° *Palpations*. — Diminution des vibrations thoraciques en arrière;

2° *Percussion*. — En *avant* : sonorité normale ;

En *arrière*, submatité dans les deux tiers supérieurs ;

4° *Auscultation*. — En *arrière* : diminution du murmure vésiculaire dans les deux tiers supérieurs ;

En un point, on trouve même une abolition complète ;

Réapparition de la respiration normale dans le tiers inférieur.

Le cœur ne semble pas dévié.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes.

Pas de troubles cérébraux.

Rien du côté des organes digestifs et génito-urinaires.

L'*examen des crachats* fut fait par un ami du malade, M. Marié Davy. Le premier examen fait au moment de la première vomique fut négatif. Le deuxième révéla d'une façon très nette *trois crochets d'échinocoques*.

Le doute n'était plus permis, et M. Tuffier, même en l'absence de signes bien nets et bien précis, se décida à intervenir. Le diagnostic était : *Kyste hydatique central du lobe moyen du poumon gauche*.

La veille de l'opération, le malade, sur l'avis de M. Tuffier, fut envoyé à la radiographie qui ne donna rien.

Voici un passage de la lettre du docteur Poupinel :

« J'ai une belle radiographie de thorax d'adulte, mais quant au kyste hydatique, je n'en ai pas trace. Il y a bien au dessus -

de l'ombre du cœur, à gauche de la colonne vertébrale et débordant à gauche de 3 centimètres environ, l'ombre de ladite colonne, une ombre anormale. Mais je ne saurais dire s'il s'agit là de l'ombre de la crosse de l'aorte ou du kyste cherché. Cette ombre correspond en arrière au quatrième espace intercostal et couvre aussi les articulations costo-vertébrales des quatrième et cinquième côtes. Quant au poumon gauche, il s'est admirablement laissé traverser par les rayons X et l'on voit très bien l'omoplate et son épine, sans rien qui puisse autoriser à dire qu'il y a au sommet du poumon un tissu ou un liquide plus imperméable aux rayons X que le tissu pulmonaire normal. — Quel est, d'ailleurs, le degré d'imperméabilité d'un kyste hydatique pour les rayons X ?

Opération le 25 mai. — On fait une incision se prolongeant vers le milieu de la ligne axillaire, et d'environ 14 centimètres, à concavité supérieure, puis on résèque les septième et dixième côtes dans une étendue de 10 centimètres.

La plèvre pariétale est décollée et montre des indurations siégeant en arrière. On incise la plèvre pariétale et on voit alors des adhérences larges, assez longues, moins larges en avant cependant et beaucoup plus fermes en arrière.

Tout le tissu costo-diaphragmatique et costo-vertébral est adhérent. On palpe les différentes lobes du poumon et partout on sent une consistance souple. En arrière, le poumon a conservé sa coloration normale. Dans les parties profondes, on sent une zone un peu plus ferme et l'on pense qu'elle peut être le siège de la lésion. On incise alors hardiment dans une étendue de 2 centimètres et demi. On y introduit le doigt, et à peine a-t-on pénétré à 2 centimètres de profondeur, qu'on sent une surface nettement dure. M. Tuffier, convaincu que c'est bien la poche cherchée, l'effondre et tombe dans une cavité où l'on sent des membranes. Le doigt pénètre dans une cavité lisse, un peu

irrégulière, descendant jusqu'au diaphragme. On l'extirpe avec une pince, sans qu'il s'écoule ni liquide hydatique, ni pus, ni sang.

Un drain et une mèche de gaze salolée stérilisée drainent la plèvre et la cavité pulmonaire *que l'on fixe à la plèvre*. Suture au crin. — Pansement aseptique.

Durée de l'opération, 45 minutes, dont 22 minutes de suture.

Pièce anatomique. — Examen *macroscopique*. La poche est formée de deux membranes, l'une externe, blanchâtre, molle, se déchirant assez facilement; l'autre, interne, rougeâtre, molle, d'apparence et de consistance gélatineuse, peu adhérente et se détachant facilement par larges plaques.

On observe, en outre, des excroissances blanches disséminées en plus ou moins grand nombre sur toute sa surface, mais formant, surtout en deux points, par leur confluence, des masses de la largeur d'une pièce de cinq francs, ressemblant à de véritables choux-fleurs, blanchâtres, molles et renfermant à la coupe une masse gélatineuse. — Pas de vésicules filles. — C'est donc un *acéphalocyste*.

Suites opératoires. Le 26, le malade va bien, la dyspnée est très peu accentuée. Quelques crachats sanglants. On retire la mèche, et à ce moment l'air entre et sort par la plaie à chaque inspiration. Pansement aseptique.

Le 27, crachats sanglants en plus grande abondance. On ne touche pas au pansement.

Le 28, presque plus de crachats sanglants; ce ne sont plus que des crachats muco-purulents teintés de sang.

Le 29, idem. Le pouls toujours un peu fréquent (110 à 120). On refait le pansement qui a peu suinté; l'air ne rentre plus dans la plaie ni par le drain pendant les mouvements de respiration.

Le 30, un peu de fièvre; le soir 38°.

Le 2 juin, on retire le drain et on met une mèche.

Le 4, pansement, on enlève la mèche et on met un drain. Pendant le pansement, le malade tousse et rejette par son drain un gros crachat (?) purulent. Dans la journée, le malade crache toujours un peu, mais les crachats sont à peine teintés de sang.

Le 6, le malade passe à Broca. Plus de sang dans les crachats, même sous forme de légères stries.

Le 7, on fait le pansement tous les deux jours et le drain a été un peu raccourci.

Le 10, état stationnaire. La fistule bronchique ne s'est pas encore refermée.

Le 15, le malade a un peu souffert de son côté ces jours-ci. Il commence à se lever, mais éprouve toujours une certaine gêne à respirer du côté gauche.

Le 20, douleur au niveau de la plaie. Le pansement renouvelé est à peine mouillé et le drain est changé pour mettre un calibre moins fort. Sa longueur est d'environ 20 centimètres. Son introduction est douloureuse surtout quand on arrive dans les parties profondes.

Le 22, la fistule bronchique n'est pas oblitérée. Quand on ordonne au malade de se boucher le nez et de souffler, l'air sort par la plaie cutanée.

Le 23, le malade a essayé de se lever un peu plus longtemps, mais la marche est douloureuse et son drain, dit-il, lui fait mal.

Le 25. On touche la plaie avec un tampon imbibé de teinture d'iode.

Le 26, le malade a eu une légère indigestion et quelques vomissements. Son état général s'en est ressenti, il se sent moins bien.

Le 27, toujours pas de fièvre. Douleurs thoraciques.

Le 29, le drain est raccourci, il ne mesure plus que la longueur du doigt.

Le 1^{er} juillet, le malade va bien. Il a moins de douleurs thoraciques.

Septembre, le malade est revu très engraisé, en excellent état de santé.

OBSERVATION II (Inédite).

Due à l'obligeance de M. LE DOCTEUR DALCHÉ.

Kyste hydatique du poumon gauche ayant déterminé un pneumothorax. Mort. Autopsie

Il s'agit d'une femme de 35 ans, cuisinière suspecte d'éthylisme. J'ai été appelé auprès d'elle le 16 février 1887 au matin, parce qu'elle asphyxiait, et alors j'ai constaté les signes d'un pneumothorax gauche assez étendu. Il y avait du souffle amphorique, de la voix et de la toux métalliques. Les accidents remontaient à deux heures au plus, et d'après les renseignements fournis par l'entourage, ils paraissaient avoir débuté par des vomissements (sur la nature desquels on insiste) et une syncope. Je me demandais s'il n'y avait pas eu de l'embarras gastrique depuis trois ou quatre jours, et si les vomissements survenant sous l'influence de cet embarras gastrique n'avaient pas entraîné la rupture pulmonaire et la syncope.

Le 17 et le 18 février, la malade est dans le même état : quintes de toux, fièvre, râles de congestion au dessous du pneumothorax. On la transporte alors à l'Hôtel-Dieu.

Je vais l'y voir trois ou quatre jours après. Les signes stéthoscopiques du pneumothorax ont disparu et mon diagnostic n'est pas accepté par le service. La malade meurt quelques jours après et à l'autopsie on trouve un énorme kyste hydatique de la

base du poumon gauche ouvert dans les bronches. Rien dans les plèvres. Rien dans le foie.

Remarques.. — Les pseudo vomissements n'étaient a coup sûr qu'une vomique hydatique dont la nature et l'aspect particulier avaient échappé à l'entourage qui ne me l'avait pas signalé. Ce que j'avais pris pour de l'embarras gastrique n'était qu'un état général dû à l'infection périkystique précédant la rupture, suivant la loi générale. Il est vraisemblable que la communication avec les bronches, fort large et facile au moment de la rupture et les premiers jours qui suivirent, avait diminué et s'était oblitérée, de telle sorte qu'à l'Hôtel-Dieu on n'apercevait plus les signes du pneumothorax.

Cette observation a un certain intérêt au point de vue du diagnostic différentiel à porter après la rupture, quand n'on a pas constaté soi-même la présence des membranes hydatiques.

La mort est survenue en douze jours, moins par infection de la poche que par les complications pulmonaires qui furent d'emblée fort graves.

A noter que cette tumeur, ancienne à coup sûr, ne s'était jamais manifestée par aucun symptôme net. La malade n'avait jamais arrêté un travail pénible; était de belle apparence, et même buvait.

OBSERVATION III (Traduite).

EUGÈNE JAY (in Davies Thomas) — *Medical Times*, 1881, p. 236

Kyste hydatique du poumon droit. Vomique. Mort par hémoptysie.

Un garçon de 14 ans entre dans le service du docteur Jay, le 14 oct. 1876. En oct. 1875, il a les oreillons ; pendant la couvalescence il prit froid et eut une toux qui dura jusqu'à sa mort.

Durant les six derniers mois, il expectora de grandes quantités de « matières mêlées avec du sang ». L'haleine avait une odeur intolérable. Les détails des signes physiques n'étaient pas notés, mais tout le poumon droit était mat à la percussion, sauf au sommet.

Le 23 oct. 1875, il rendit deux membranes d'hydatides. Chacune, une fois pleine, aurait été de la grosseur d'un œuf de poule. Ces membranes étaient épaisses et avaient l'aspect du cuir ; elles étaient intérieurement couvertes de pus.

Le 25 oct., il rendit plusieurs morceaux de membranes ; peu de temps après survient une *hémoptysie profuse* dont il mourut le lendemain.

OBSERVATION IV

GALLARD. — Soc. méd. des Hôp., t. V, p. 367.

Kyste hydatique de la plèvre droite.

Autopsie. — A l'ouverture de la poitrine, on trouva à droite une

surface grisâtre, dépressible et formée par la plèvre considérablement épaissie (presque un demi-centimètre). On énuclée assez facilement cette poche et on constate qu'elle est formée par toute la plèvre droite, laquelle contenait environ trois litres de pus.

Le poumon est accolé le long de la trachée. Il est *perméable*, et à sa base se continue dans une petite étendue avec une tumeur sous-diaphragmatique du volume d'une mandarine, située entre le diaphragme et le bord du foie. Rien à noter dans les autres organes. Le foie est parfaitement sain.

OBSERVATION V (Traduite).

WILLIAMS. — *Austral. med. Journ.*, 1881, p. 267.

Kyste hydatique du poumon droit simulant un hydrothorax. Mort. Autopsie.

Autopsie. — Large kyste hydatique du poumon droit. Il occupait l'intérieur du poumon et remplissait la totalité du côté droit de la poitrine.

Les deux feuillets de la plèvre adhéraient fermement l'un à l'autre sur toute leur surface. La plus grande partie de ce qui restait du poumon était appendue à la bronche, tout contre l'épine dorsale. Cela formait une masse comprimée, dense et fibreuse, à peine reconnaissable. Des parties de tissu pulmonaire furent trouvées partout contre la surface interne du feuillet viscéral de la plèvre, montrant ainsi clairement que le kyste avait pris naissance au sein du tissu pulmonaire et que par son accroissement et la compression exercée sur le parenchyme pulmonaire, il avait petit à petit rempli la totalité du côté droit de la poitrine. On

trouva quelques hydatides filles dans le gros kyste, mais il n'y avait nulle trace de maladie hydatique dans les autres organes.

Le porteur de ce kyste fut examiné huit mois auparavant par le docteur Campbell, mais je ne le vis que le 1^{er} juin. Il était alors dans un grand état de détresse. Il ne pouvait respirer qu'étant à demi assis et s'appuyait dans son lit sur le coude droit. *L'abdomen était distendu par du liquide, et le bras et la main droite étaient œdématisés.* Le côté droit de la poitrine était mat, et il y avait une absence complète du murmure vésiculaire. Du côté gauche, la respiration était exagérée. Le cœur était déplacé en dehors et en bas.

On ponctionna l'abdomen ; on retira douze pintes d'un liquide ambré, très albumineux, ce qui amena un grand soulagement à la respiration.

Le lendemain le malade accusait une amélioration sensible ; mais la nuit suivante, il mourut subitement d'une syncope.

OBSERVATION VI

PILLOT, int. des hôp. — Société anat., 1883, p. 424.

Kyste hydatique du foie, de l'ovaire, du poumon. Mort. Autopsie.

Jeune fille de 18 ans, entrée dans le service de M. Gérin-Roze. Trois kystes hydatiques du foie qui sont ponctionnés. Mort. Autopsie.

Poumon. — Un kyste du volume d'une tête de fœtus occupe la place de la partie supérieure du poumon droit. Développé sous le feuillet viscéral de la plèvre, il a repoussé en bas le tissu

pulmonaire qui lui forme comme une espèce de nid. Le poumon droit se trouve réduit à peu près à son lobe inférieur, à la base duquel existe un autre kyste moins volumineux.

Poumon gauche sain.

OBSERVATION VII

SORREL. — Société anatomique, 1880, p. 520.

Kysteshydatiques du poumon droit et du foie indépendants.

Fistules biliaires en rapport avec le kyste du poumon.

Cachexie progressive entraînant la mort.

Autopsie. — Le poumon gauche est congestionné et contient des tubercules crus disséminés,

Le poumon droit est parsemé de gros tubercules crus. Les deux feuillets de la plèvre sont adhérents et de plus, *épaissis en arrière et à la base au niveau de la voussure thoracique signalée à l'extérieur.*

En cet endroit, on rencontre une poche fluctuante qui se rompt et laisse se répandre 200 grammes environ de liquide biliaire, en même temps que s'échappent des vésicules hydatiques rompues et colorées en jaune. Ces vésicules sont contenues dans une grosse hydatide mère, déchirée et plissée.

Il existe donc à la base du poumon droit, une poche kystique du volume d'un œuf de dinde, limitée en arrière par la plèvre, en avant, en dedans et supérieurement par le tissu pulmonaire plus ou moins altéré, sa base, formée par le diaphragme aminci, repose sur la face convexe du foie, et en arrière, elle se trouve en contact avec l'extrémité supérieure du rein droit qui, remonté, est venu se loger là. — Cette poche communique largement avec

les bronches dilatées; sa partie déclive est recouverte d'une bouillie épaisse, sorte de magma biliaire. A ce niveau, les fibres musculaires du diaphragme ont à peu près disparu, et les canaux biliaires de la surface convexe s'ouvrent par un trajet oblique dans la cavité kystique.

OBSERVATION VIII (Traduite).

WILLIAMS. — *Austr. Med. Journ.* 1882, p. 446.

Kyste hydatique de la base du poumon gauche avec tuberculose. Autopsie.

Il s'agit d'une femme de 24 ans.

Autopsie.— Kyste hydatique dans le lobe inférieur du poumon gauche, d'environ 3 inches de diamètre, se terminant à la moitié de la convexité du lobe, où il est limité par la plèvre *seule* sur un espace mesurant 1 inch trois quarts sur 1 inch. *La plèvre et le tissu pulmonaire sont à peine indurés.* Le kyste mère était uniformément blanc, opaque, mou et gélatineux; pas d'hydattides filles; le contenu était un liquide clair et limpide. Au sommet du même poumon, il y avait quelques petites cavernes tuberculeuses aux parois caséuses. Des tubercules miliaires gris et durs étaient disséminés par groupes dans les deux poumons, très abondants dans le tissu sous-pleural entre le kyste et la base du poumon gauche. Il y avait de *vieilles adhérences généralisées entre le poumon gauche et la paroi thoracique*, si serrées que le poumon n'a pu être enlevé sans déchirer le kyste.

OBSERVATION IX

BARBULÉE. Société anatomique, 1880, p. 50.

Kyste hydatique du poumon gauche. Mort. Autopsie.

Alexandrine S..., 29 ans, couturière, entre le 18 janvier 1880 dans le service de M. Gallard. A son entrée à l'hôpital, la figure est cyanosée, la respiration est fréquente, la parole trainante, embarrassée; subdélirium, ventre augmenté de volume, les jambes œdématisées. L'œdème des jambes a marqué le début des accidents, il est survenu vers la fin de décembre. L'ascite est peu considérable. Mais les cavités pleurales ne sont pas indemnes non plus. Il y a de la matité en arrière et aux bases, marquée surtout du côté gauche. Des deux côtés, souffle sonore et chevrottement de la voix. Les battements du cœur sont très irréguliers. il est augmenté de volume et le choc de la pointe est très violent. A ce niveau, il existe un souffle intense, présystolique qui couvre le premier bruit, et se prolonge jusqu'au second en masquant tout le petit silence.

Le diagnostic porté est insuffisance mitrale avec rétrécissement. Les urines contiennent une petite quantité d'albumine. Traitement : julep avec teinture de digitale et de scille.

22 janvier. Elle est prise du délire de la parole et d'action qui nécessite l'emploi de la camisole de force.

23, le délire cesse hier soir, collapsus, mort, six heures du matin.

Autopsie. — Encéphale, œdème sous-arachnoïdien. Cavité thoracique, plevre : épanchement séreux aux deux bases.

Poumons. — Œdème aux deux bases. et forte congestion des lobes moyens.

On trouve en arrière et à gauche un kyste hydatique dont la poche *n'adhère nullement à l'enveloppe et s'échappe dès que celle-ci est incisée*. Son volume est à peu près celui du poing. Il occupe la plus grande partie du lobe inférieur.

Cœur. — Hypertrophie considérable du ventricule gauche. Incrustation calcaire des valvules mitrale et tricuspide.

Cavité abdominale. — Liquide citrin dans la cavité péritonéale.

M. Rendu. — Un point intéressant dans ce fait, c'est l'existence d'un kyste volumineux du poumon, sans aucun phénomène notable. Dans ces conditions, le kyste, véritable corps étranger, ne développe aucun phénomène réactionnel. Bien différents sont les kystes du foie qui produisent presque toujours autour d'eux une zone d'irritation plus ou moins étendue.

OBSERVATION X.

RUDAUX. Société anatomique, 1897, p. 494.

Kystes hydatiques multiples du poumon droit. Mort. Autopsie.

Une femme de 52 ans entre à l'hôpital Beaujon dans le service du docteur Florand, pour des douleurs dans le côté droit et de la toux ayant débuté quelques jours auparavant. Elle meurt le lendemain de son entrée.

A l'examen de la malade, un abattement général, un faciès cachectique avec teinte plombée, de la fièvre (39°), une haleine

très fétide, qui, avec les symptômes physiques, fait porter le *diagnostic de gangrène pulmonaire*.

A l'auscultation, on trouve à l'extrémité inférieure du poumon droit, en arrière, de la diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles sibilants. Dans la partie supérieure du même côté et dans tout le poumon gauche, la respiration est plus intense et on entend de nombreux râles sibilants et ronflants. L'expectoration est purulente, couleur brique et d'odeur de macération anatomique.

Autopsie. — Le poumon droit renferme plusieurs kystes hydatiques de la grosseur d'une mandarine ; à la base, deux de ceux-ci ont dû se rompre en constituant deux cavernes de la dimension d'une noix ; les parois en sont tomenteuses et la cavité renferme un liquide sanieux et fétide.

Rien dans les autres organes.

OBSERVATION XI

DE GORSSE. Société anatomique, mai 1896, p. 346.

Kystes hydatiques de la plèvre et du rein. Autopsie.

M. de Gorsse présente l'observation d'une jeune femme de 19 ans, atteinte de kyste hydatique de la plèvre, d'une capacité de 2 litres et demi environ qui était flottant dans la séreuse droite. Il contenait une douzaine d'hydatides environ, mais était vide de liquide et ne présentait pas trace de pus.

Au contraire, l'autre kyste occupait la partie supérieure du rein droit. Du volume d'une grosse pomme, il était suppuré et communiquait à travers le diaphragme et la base du poumon atelectasié, avec la bronche inférieure droite par un canal qui

présentait au moins le calibre d'une pièce de 1 franc. Il avait été trois semaines auparavant, la cause d'une seule vomique très considérable, qui ne s'était pas renouvelée; la malade n'avait jamais pourtant présenté de troubles urinaires.

OBSERVATION XII (Résumée).

ROGER. Soc. méd., hôp., 1861, t. V., p. 147.

Kyste hydatique du poumon gauche Vomique. Guérison naturelle.

Enfant de 8 ans; en mai 1856, toux avec paroxysmes. On diagnostique : tuberculose.

Le 8 août, à la suite d'un vomitif, angosse; l'enfant rend une masse considérable de matières d'un aspect purulent et d'une fétidité insupportable, un fragment membraneux à surface lisse et nacré.

Le 20, nouvel accès de toux, d'oppression. Fragment beaucoup plus considérable de membrane. On ne peut recueillir de liquide. Fièvre persiste.

Signes physiques. — Le côté *droit* était manifestement dilaté à sa partie inférieure; matité complète de ce côté à la *base*, même niveau en avant et en arrière. Dans toute la région mate, le murmure vésiculaire manquait et de plus, on entendait, au niveau de la bronche droite, un ronchus à grosses bulles perçues au moment de l'issue de la membrane; râle humide qui rappelait la sensation de bouillonnement et comparable au gros râle muqueux des hémoptysies abondantes: d'ailleurs, pas de souffle, ni bronchique ni caverneux.

Traitement. — Inspirations iodées pendant plusieurs semaines.

Quelques semaines après la deuxième crise, la respiration était redevenue presque normale à droite. Depuis, la convalescence marcha rapidement et se soutint parfaitement pendant cinq ans.

Guérison naturelle.

OBSERVATION XIII

DAVIES THOMAS. Medical Times, 1881, p. 235, Traduite et résumée.

Petit kyste hydatique du sommet du poumon droit.

Vomique. Guérison naturelle.

Le 1^{er} février 1877, je fus appelé auprès de M^{lle} C..., âgée de 19 ans.

La jeune fille était bien portante jusqu'à il y a deux mois, quoique sujette à tousser et à s'enrhumer.

Pendant ces deux derniers mois, toux fréquente et par quintes, sans expectoration ; un peu de dyspnée, même au repos. Jamais d'hémoptysies. Léger amaigrissement. On pensa qu'elle devenait poitrinaire. Toute la semaine précédente, elle fut dans l'impossibilité de se coucher du côté *gauche* et avait la fièvre depuis vingt-quatre heures.

Le 1^{er} février, dans la matinée, pendant qu'elle était tranquillement assise dans un fauteuil, elle sentit subitement quelque chose se déchirer au sommet du poumon droit, sous la clavicule et aussitôt, elle rendit une grande quantité de sang et de liquide, en même temps que plusieurs larges morceaux de membrane blanche. Je les vis et diagnostiquai : *kyste hydatique*.

Examen. — Dyspnée modérée ; matité au dessous de la clavicule droite, s'étendant de la clavicule au deuxième espace inter-

costal. Au niveau, respiration soufflante. En arrière, en haut. matité, respiration soufflante. résonance vocalé exagérée, et des râcles crépitants fins, comme ceux qui accompagnent l'hémoptysie de la phthisie.

Tout le reste des deux poumons est normal.

Le 2, état meilleur, toux modérée pendant la nuit. Expectoration muqueuse peu abondante, pas de sang, ni de membranes.

Le 4, la malade se lève pendant une heure et demie.

Le 9, respiration tubaire moins marquée sous la clavicule. Respiration presque normale en arrière.

Le 22, la malade sort. Elle ne se ressent pas de sa maladie.

Décembre 1877, malade revue, en bonne santé.

OBSERVATION XIV

ALKINSON WOOD. Aus. med. Journal, 1888, p. 355. Cas observé sur lui-même.

Kyste hydatique du poumon. Vomique. Guérison naturelle

En novembre 1886, les symptômes débutent par une pneumonie aiguë. Pendant la convalescence, hémoptysie de sang rutilant. Le malade guérit de sa pneumonie, mais, presque journellement il crache le sang, surtout après des efforts. Pas de toux, ni amaigrissement; aucun signe à la percussion ni à l'auscultation de la poitrine.

Quatre mois et demi après, l'hémoptysie journalière a disparu; elle ne survient qu'à la suite d'efforts. Toux et expectoration, douleur pleurétique. Signes physiques surviennent rapidement. Amaigrissement. Ces symptômes disparaissent au bout de quelque temps. Il ne reste plus que de l'hémoptysie.

Un mois plus tard, expectoration épaisse avec matière caséuse. Pas de sang. Cette expectoration cesse bientôt.

Trois mois de bonne santé. *Subitement*, après une quinte de toux, une vieille membrane hydatique fut rejetée ; le malade la sentit nettement se détacher de l'endroit anciennement malade de son poumon. L'hémoptysie apparut plusieurs fois, comme jadis, mais a maintenant cessé.

Août 1888. L'examen de la poitrine ne dénote rien d'anormal.

OBSERVATION XV

BARD ET CHABANNES. Contribution à l'étude clinique des kystes hydatiques du poumon. *Revue de médecine*, 1888, page 177.

Kyste hydatique du poumon. Vomique. Guérison naturelle.

Résumé. — Charles B..., 43 ans, entre à l'hôpital le 17 janvier 1886.

Il y a trois ans, toux et hémoptysies pendant plusieurs mois. Amaigrissement.

Examen. Cœur. — Pointe bat dans cinquième espace au dessus du mamelon. Auscultation, bruits normaux.

Percussion. — Matité précordiale légèrement diminuée.

Thorax. — Sonorité normale.

Le malade sort le 3 mars 1886. Bonne santé jusqu'à nouvelle rentrée à l'hôpital, le 2 mars 1887. Depuis un mois, le malade était très fatigué, avait maigri de 4 kilogs, toussait beaucoup et avait de la fièvre tous les soirs.

Examen. — Température 39° 4. Langue saburrale. Point de côté gauche.

Toux pénible, *expectoration* abondante, séreuse, de coloration brunâtre.

Dyspnée assez intense, etc.

Pointe du cœur, difficile à sentir et à limiter.

Battements un peu sourds.

Le 15 mars, la base gauche est d'une matité absolue.

Ponction exploratrice ne donne rien.

Silence respiratoire dans la zone inférieure, sans souffle ni pectoriloquie. Dans la zone supérieure, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, souffle inspiratoire et expiratoire sans râles et retentissement de la voix.

Pectoriloquie aphone au niveau du souffle, n'existant pas à la base.

Le 15 avril, le malade quitte l'hôpital, amélioré.

Le 2 août 1887, nouvelle rentrée à l'hôpital.

Crachats hémoptoïques, perte des forces.

Examen. — *Expectoration* très abondante, purulente, avec stries de sang.

Le 4 août, pendant une quinte de toux modérée; le malade a senti, lui montant à la gorge, une « peau » qu'il a extraite avec les doigts. Le même fait s'est reproduit à deux reprises successives très rapprochées.

Auscultation. — Base gauche, matité avec *silence* sans râles. Un peu au dessus, on trouve, dans une zone étroite, un peu de souffle avec un bruit léger, semblable à un bruit de *drapeau*.

Les deux jours suivants, rejets de morceaux de membrane, mais crachats *peu abondants*.

Le 5 août, quintes de toux, nouvelles membranes. Evacuation accompagnée de cornage très net qui cesse après leur issue.

Crachats *purulents* abondants, formant véritable *vomique*.

Le 6 août, submatité à la base gauche.

Auscultation permet d'entendre la respiration jusqu'à la base, quoique diminuée.

Respiration soufflante aux deux temps.

Le 18 août, auscultation : expiration soufflante et un peu prolongée.

Le 8 septembre, vibrations thoraciques normales.

Décembre, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XVI (Traduite et résumée).

DAVIES THOMAS. Aust-méd., J., 1881, p. 49.

Kyste hydatique du poumon gauche. Expectorations du kyste. Guérison naturelle.

Un jeune homme de 15 ans vint me consulter le 17 juin 1880. Son père a eu un kyste hydatique du poumon dont il a parfaitement guéri.

Le malade présente les apparences d'une bonne santé. Il raconte, qu'en jouant avec son frère, il reçut, il y a 18 jours, un coup dans le côté gauche ; bien que ce coup ne fût pas très violent, il se mit de suite, à cracher du sang. Auparavant, il n'avait jamais toussé ni craché de sang, bien qu'ayant, parfois, la respiration un peu courte. Cette hémoptysie qui, au début, était du sang rouge, fut au bout d'une heure, mélangée avec un liquide d'un goût désagréable.

Le malade va mieux.

Le 13 décembre. Il est éveillé par une quinte de toux et rend un kyste hydatique non accompagné de vomique quelconque.

A l'examen, le kyste rempli, devait être de la grosseur d'un petit abricot.

Les signes physiques s'amendent.

Le 16 janvier 1881. Le malade a une très bonne santé.

OBSERVATION XVII (Traduite et résumée).

DAVIES THOMAS Austral. méd., J. 1881, p. 1.

Kyste hydatique du sommet du poumon droit. Vomique. Guérison naturelle.

C. M., fermier, âgé de 37 ans, vient me consulter en février 1879.

Histoire. Toux intermittente depuis 2 ans, mais durant depuis 17 jours et le faisant souffrir. Il avait craché du sang quelques mois auparavant. Respiration courte.

Un matin, 17 jours avant de me consulter, il fut pris, étant au lit, d'une violente quinte de toux, pendant laquelle il expectora une grande quantité de liquide; en telle abondance même, que ce liquide s'écoulait par le nez et par la bouche. Il ne sentit rien se déchirer dans sa poitrine. 5 heures après, il rendait un morceau de « peau » de la grandeur d'une pièce de 60 centimes. Il continua jusqu'au 6 février 1879 à rejeter des morceaux semblables, principalement la nuit.

Le 6 février. *Examen* : Matité marquée, mais pas absolue, dans la région sous-épineuse droite où l'on entend facilement la respiration; et accompagné de râles crépitants. Dans la région sous-claviculaire droite, la respiration a un timbre bronchique, avec râles muqueux pendant la toux.

Le 7 février, le malade rend une membrane qui, examinée au microscope, confirme le diagnostic

Pas de crachats.

Peu après. Le malade retourne chez lui. Il m'écrivit le 27, qu'il toussait à peine et allait presque bien.

Le 16 juillet 1879. Il revint me voir et me dit qu'il toussait beaucoup, de nouveau et que, lorsqu'il se couchait sur le côté droit, il entendait quelque chose gargouiller dans sa poitrine, en même temps qu'un mauvais goût lui venait à la bouche. Il me dit aussi qu'il rendait des « peaux » et que son expectoration était striée de sang.

Examen : A la région claviculaire et sous-claviculaire droite, obscurité respiratoire, s'étendant jusqu'à la troisième côte. Vers l'angle de l'acromion, la respiration est rude avec souffle tubaire, mais sans râles. Exagération de la résonnance de la voix. A la région sus-épineuse, respiration tubaire et augmentation de la résonnance vocale.

En décembre 1880. Le malade m'écrivit qu'il allait parfaitement bien sous tous les rapports.

OBSERVATION XVIII (Traduite et résumée).

ARTHUR P. LUFF. The Lancet, 26 avril 1896. p. 1134.

Volumineux kyste pleural simulant un kyste du foie.

Opération (Laparatomie). Guérison.

Femme de 30 ans, ponctionnée à l'âge de 10 et 19 ans à l'épigastre. Elle vivait avec son oncle qui fut ponctionné trois fois et mourut d'un kyste hydatique.

Dyspnée, douleur à gauche de la poitrine. Vomique de liquide clair.

A l'examen : tumeur volumineuse occupant la région épigastrique, les deux hypochondres, la région de l'ombilic et les deux

régions lombaires. La surface était dure et lisse. On distinguait nettement de la fluctuation à deux ou trois endroits, mais pas de frémissement. La tumeur changeait de place à chaque inspiration. Matité, s'étendant à tout le côté gauche de la poitrine jusqu'au premier espace intercostal. Sur la ligne axillaire médiane, la matité remontait jusqu'à la 5^e côte; en arrière, la limite était une ligne verticale tombant de l'angle inférieur de l'omoplate. En dedans de cette ligne, le poumon effrait une résonnance normale. En avant et à droite, la matité remontait jusqu'à la 4^e côte. A droite et en arrière, résonnance normale dans toute la hauteur du poumon. Aucun bruit respiratoire ne s'entendait au niveau de la zone mate et le frémissement vocal ne pouvait être perçu. *Cœur* déplacé directement en haut.

Le diagnostic fut : Kyste hydatique du foie, avec envahissement probable de la cavité pleurale.

Laparotomie médiane, entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde. — La paroi du kyste apparut. On essaya d'évacuer le liquide à l'aide de ponctions; mais les aiguilles furent vite obstruées ainsi que les trocars. Alors, ayant disposé de nombreuses éponges pour éviter l'inondation de la cavité péritonéale, on incise largement le kyste. Il s'échappe une grande quantité d'hydatides filles.

Lavage de la cavité avec plusieurs litres d'eau bouillante. On examina les rapports du kyste avec les organes voisins. La partie du kyste qui était incisée, ne pouvait être distinguée du lobe gauche du diaphragme, celui-ci ayant été déplacé en bas, vers le kyste qui occupait la cavité pleurale gauche. Le lobe gauche du foie était refoulé à droite de la ligne médiane, atrophié par la compression. L'air entraînait et sortait à travers l'ouverture du kyste avec les mouvements respiratoires et les parties situées au dessous du diaphragme devinrent emphysémateuses.

La surface péritonéale du kyste fut suturée à celle des lèvres de la plaie ; celle-ci fut, en partie, suturée. Gros drain, profondément fixé dans le kyste.

Le poids des parois du kyste qui furent enlevées, était de 6 livres et 4 onces ; il y avait 6 pintes de liquide.

La guérison fut vite obtenue.

OBSERVATION XIX (Traduite et résumée).

BIRD. Thèse de Hearn, page 232.

Kyste hydatique considérable du poumon gauche.

Ponction. Vomique Pneumothorax. Guérison.

C'était un homme de 38 ans. Il avait un kyste hydatique considérable dans le poumon gauche qui avait dû se développer en plusieurs mois. La ponction fut faite entre la 4^e et la 5^e côte. Après l'issue de quelques onces de liquide, on vit survenir des symptômes alarmants : (toux et rejets de liquide hydatique par la bouche). Pneumothorax. Pendant 3 jours le malade garda la même position ; il était à moitié couché sur le côté malade. Les échinocoques furent rendus par l'expectoration et, six semaines après, le malade partit, pour l'Europe, bien portant.

OBSERVATION XX

Thèse de Delgrange, 1879.

Ponction. Guérison.

Alain Cadiou, 52 ans, commence à être malade le 5 août 1878 ; à la suite d'un refroidissement, toux, etc.

Le 2 février 1879, M. Moutard-Martin fait une ponction exploratrice. Trocart introduit vers la partie postéro-inférieure de la voussure dans le troisième espace intercostal gauche, à six centimètres du rachis. Il ne sort qu'une cuillerée d'un liquide limpide comme du cristal de roche, dont la vue fait aussitôt dire à M. Moutard-Martin, qu'il ne s'agit pas d'une pleurésie, mais d'un kyste hydatique du poumon.

Au moment où l'on retire le trocart, le malade est pris soudain d'un formidable accès de toux ; il suffoque et aussitôt une hémoptysie très abondante a lieu (deux cuvettes). Commencée à dix heures du matin, elle ne cesse que vers deux heures du soir.

Guérison. — Ce malade avait les doigts hippocratiques.

OBSERVATION XXI (Traduite et résumée).

DAVIES THOMAS (Medical Times and Gazette), janvier 1881,
p. 64.

Kyste hydatique du poumon gauche Fonction. Vomique. Guérison.

Homme de 38 ans, robuste encore, bien qu'amaigri.

Entre à l'hôpital le 27 janvier 1876.

Il se plaignait d'oppression et de toux.

Examen : Matité à ligne courbe supérieure convexe.

Il ne pénètre presque pas d'air dans le poumon gauche, même au dessus de la matité.

Frémissement vocal entièrement aboli. On entend les battements cardiaques en arrière de la poitrine, mais on ne les perçoit pas avec la main.

Expansion thoracique beaucoup moindre à gauche.

La région mammaire gauche est plus proéminente.

Impulsion manifeste à l'œil nu de la région cardiaque.

On n'entend aucun bruit à la place qu'occupe d'habitude la pointe, ni au creux épigastrique; il n'y a non plus aucun bruit au niveau du quatrième cartilage costal intercostal près du sternum. Mais au niveau du deuxième espace intercostal près du sternum, et pendant la respiration seulement, on entend un bruit faible synchrone avec la systole cardiaque. Un bruit semblable est perçu au niveau du deuxième espace intercostal droit, près du sternum. Aucune saillie des espaces intercostaux.

Diagnostic : Kyste hydatique du lobe inférieur du poumon gauche et comprimant le lobe supérieur, refoulant le cœur en avant et un peu à droite.

Le 26 février. Ponction du kyste avec une aiguille n° 1 de l'appareil aspirateur, dans le huitième espace intercostal, à sa partie postérieure. Il s'écoule dix-huit onces de liquide, légèrement opalescent. Nombreux crochets au microscope. Grand soulagement pour le malade qui, cinq heures après la ponction, se promenait dans le jardin.

Vomique : Dix heures après l'opération, pendant qu'il était tranquillement assis, le malade fut pris d'une violente quinte de toux; en même temps, il rendit par la bouche, une grande quantité de liquide d'un goût très désagréable, avec un peu de sang. Toute la nuit, expectoration semblable, toux, mais sans rejets de membranes.

Le 27 février. *Examen*. La résonnance de la région sous-claviculaire gauche est presque normale. En arrière et en bas, matité et obscurité respiratoire.

A la limite de la matité, respiration tubaire.

Le 28 février, toux et expectoration abondante.

Le 18 *mars*, rejet d'une membrane hydatique.

Le 21, odeur gangreneuse de l'expectoration.

Le 28, rejet de plusieurs morceaux de membrane.

Le 29, la respiration a presque perdu ses caractères ampho-
riques.

Le 31, nombreux morceaux de membranes avec paroxysmes
de toux.

Le 10 *avril*. Expectoration ne contenant plus de crochets.

Le 11, le malade quitte l'hôpital.

Le 7 *novembre*. Le malade revient se faire examiner. Bonne
santé. Aspect robuste.

OBSERVATION XXII (Traduite et résumée).

BRISTOW (Société clinique de Londres), 12 décembre 1890.

Kyste hydatique du poumon. Ponction exploratrice suivie de mort. Autopsie.

Je viens d'observer une hydatide du poumon chez un jeune
garçon qui, depuis quinze jours seulement, avait été pris de
toux et d'un point de côté. A son entrée, on constatait l'immo-
bilité du côté *gauche* du thorax, de la matité dans les parties
inférieures, *le refoulement du cœur à droite*. Il y avait, en
même temps, de l'ampliation du côté droit du thorax. J'admis
l'existence d'un épanchement pleural résorbé, mais à la suite
duquel, le poumon condensé, n'avait pas repris son expansion
normale.

Une première ponction faite au dessous de l'angle de l'omo-
plate amena l'évacuation d'une très faible quantité de liquide
clair. En même temps, l'enfant rendit, par la bouche, 100 ou 120

grammes de liquide, également clair, puis fut pris de cyanose et d'une dyspnée extrême.

Une deuxième ponction fut faite aussitôt sur la ligne axillaire et donna issue à de l'air, sans évacuation de liquide ; puis la respiration s'embarrassa de plus en plus et, malgré la respiration artificielle, l'enfant *succomba sept minutes* après la première ponction.

A l'autopsie, nous trouvâmes dans la cavité pleurale gauche une certaine quantité de liquide teinté de sang, et, dans le poumon, un kyste semblable, mais plus petit.

Thomas, sur 15 cas d'hydalides du poumon, a observé 3 fois la mort subite, à la suite de l'intervention et, dans les autres cas, les malades sont morts peu de jours après cette intervention ou étaient dans un état très grave. Dans les cas d'hydatide, le véritable traitement consiste, non dans l'aspiration, mais dans l'ouverture, large et parfois dans l'excision d'une partie du côté.

OBSERVATION XXIII

HÉCTOR MACKENSIE. Semaine médicale, 1892, p. 138.

Kyste hydatique du poumon droit. Ponction. Mort 2 heures après.

Il s'agit d'un homme de 26 ans qui, entre autres symptômes, présentait depuis 2 mois de la dyspnée, de la toux et se plaignait d'un point douloureux à la partie inférieure de la poitrine du côté droit. Il s'agissait d'un kyste hydatique comme le démontra une ponction exploratrice. 2 heures après la ponction le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva un kyste hydatique d'une capacité de

2 litres 1/2, placé entre les lobes des poumons. Plusieurs bronches de gros calibre communiquaient avec le kyste.

OBSERVATION XXIV

M. CLERC, interne des Hôpitaux. Société Anatomique,
25 juin 1897, p. 541.

Kyste hydatique à évolution pulmonaire. Tuberculose de l'autre poumon. Ponctions négatives. Autopsie.

Adèle F..., 43 ans, entre à l'hôpital Laënnec dans le service du docteur Bariéle 25 avril 1897. Les antécédents héréditaires de cette malade ne donnent aucun renseignement; elle-même n'avait jamais eu de maladie, mais, il y a deux mois, aurait été atteinte de pleurésie droite et, à partir de ce moment, n'aurait pas été bien portante.

A son entrée à l'hôpital, la malade se plaint de douleurs dans le dos et dans le côté droit; elle est oppressée la nuit, tousse fréquemment; crachats peu abondants; jamais d'hémoptysie. Ni diarrhée, ni constipation, cœur normal, urines normales.

Examen du poumon droit: En avant, diminution du murmure vésiculaire sous la clavicule; en arrière, submatité dans le tiers inférieur avec diminution des vibrations thoraciques. Diminution du murmure vésiculaire. Quelques frottements. Au sommet, inspiration rude avec un peu de retentissement de la voix. L'examen du poumon gauche permet de percevoir des signes d'emphysème.

L'état général de la malade est mauvais; elle a beaucoup maigri. Sa face présente une teinte terreuse. La température oscille entre 38 et 39°.

Les symptômes restent stationnaires jusqu'au 12 mai. Le matin, la température monte à 39°2 et, l'après-midi, la malade, après avoir eu quelques nausées, rend un litre de pus bien lié, jaune verdâtre, inodore. Ce pus ne contient pas de fausses membranes, pas de crochets ; l'examen bactériologique décèle la présence de pneumocoques et d'autres microbes.

Le 13 mai, température 38°6. L'examen du poumon droit permet de percevoir, au dessous de la pointe de l'omoplate, un gros souffle à timbre amphorique, expiratoire, et entouré d'une zone de râles sous-crépitaux abondants, principalement après la toux. Le souffle n'existe pas au sommet et se propage en bas et en avant, sur la paroi latérale du thorax. En avant, l'on ne l'entend pas.

On pratique, dans le 8^e espace intercostal, une *ponction exploratrice* qui ne donne aucun résultat. A partir de ce moment jusqu'au 17 juin, la malade a présenté une série de vomiques de moins en moins abondantes et toujours de même nature. En même temps, l'état général devient rapidement mauvais. La fièvre oscille entre 38°5 et 39°5. La malade s'amaigrit et prend une teinte jaune paille. L'intolérance gastrique devient presque absolue et la diarrhée s'établit.

Le 18 juin, de nouvelles *ponctions exploratrices* sont pratiquées à 4 centimètres de profondeur, soit au niveau du souffle, sous l'angle de l'omoplate, soit dans le 8^e espace intercostal, à 8 centimètres de la ligne des apophyses épineuses, mais *elles ne donnent pas de résultat*. La malade meurt le 22 juin.

Autopsie. — A l'ouverture du thorax, on remarque des *adhérences épaisses* entre les deux feuillets de la *plèvre droite*, le diaphragme et le foie. En incisant les brides fibreuses, on tombe sur une poche volumineuse qui laisse échapper un liquide purulent contenant des flocons blanchâtres et de nombreuses vésicules d'hydatides, dont quelques-unes sont nettement colorées en jaune.

La poche est creusée en plein tissu pulmonaire sans empiéter en apparence, sur le tissu hépatique: Elle occupe les $\frac{2}{3}$ inférieurs du *poumon* et remonte jusqu'au lobe supérieur. On ne peut trouver de communication ni avec le foie, ni avec une bronche. Les parois de cette poche sont formées par une membrane fibreuse résistante qui les limite nettement.

Au niveau de la limite supérieure de la poche, le plèvre interlobaire est épaissie; le tissu pulmonaire est induré, scléreux, et présente quelques ulcérations de nature indéterminée. Le reste du parenchyme pulmonaire est congestionné, œdémateux. Pas de dilatation des bronches, aucune tuberculose. Le *poumon gauche* est aussi congestionné et œdémateux; mais on rencontre au sommet quelques tubercules crétaçés et de plus, dans une région nettement limitée au tiers inférieur, on rencontre un semis de granulations ressemblant nettement à la tubercule jeune.

Le *foie*, très volumineux, adhère à la partie inférieure de la poche, par la partie supérieure de son lobe gauche.

Ce lobe est très atrophié par rapport au lobe droit :

Réflexions. — Au point de vue anatomique, ce kyste est intéressant par son siège, car si son évolution a été nettement pulmonaire, la coloration jaune des hydatides semble due à la bile et indique une participation du foie.

M. Letulle fait remarquer que les vésicules trouvées dans le kyste sont teintées par la bile et que ce caractère porte à penser qu'il s'agit ici d'un kyste hydatique du foie devenu soudainement intra-pulmonaire et évacué par vomique.

OBSERVATION XXV (Traduite et résumée).

ORD ET ROBINSON. Clinical Society of London. Bulletin
médical 1892, p. 125.

Kyste hydatique du poumon droit. Pneumotomie. Mort.

Jeune homme de 18 ans. Kyste hydatique suppuré du poumon droit. Pleurésie droite 4 mois auparavant. Depuis 5 semaines, toux continuelle. Il y a 3 semaines, douleurs violentes dans le côté droit. Dyspnée et expectoration abondante depuis cette époque. Le malade est pâle, amaigri. Respiration 54 par minute ; haleine fétide. Température 38°4. Pouls 120. Matité dans le quart inférieur du poumon droit, en arrière, souffle amphorique et gargouillement dans la même zone.

Ponction exploratrice donne 4 grammes de sang et du pus avec des débris de fausses membranes. Ni bacilles, ni crochets. Il n'y en a pas non plus dans l'expectoration.

M. Robinson fit une *incision* dans le 6^e espace et réséqua 1 centimètre et demi de la côte. Il incisa le poumon et donna issue à du pus et à des fausses membranes hydatiques. Deux drains.

Le malade mourut d'épuisement 13 jours après l'opération.

Autopsie. — Cavité kystique occupant tout le lobe inférieur du poumon droit. Lésions de broncho-pneumonie dans les deux poumons. Péricardite récente. Deux kystes hydatiques dans le foie. Autres organes sains.

OBSERVATION XXVI

DOYEN (de Reims). Congrès français de chirurgie, Paris 1895.

Extirpation. Mort.

Il avait diagnostiqué un kyste hydatique du poumon avant toute ponction, s'appuyant seulement sur le fait d'un épanchement persistant depuis trois ans. Au moment où il fit une ponction, avant d'intervenir, il se produisit une *vomique de 4 litres* et des accidents de broncho-pneumonie se déclarèrent aussitôt.

L'intervention eut lieu trois jours après. Le kyste fut largement ouvert et la *membrane hydatique fut enlevée*.

Le malade *meurt* au bout de quelques jours avec une péricardite et une pleurésie purulente.

OBSERVATION XXVII

BERGER. Société de chirurgie, juin 1893.

Pleurotomie. Lavage. Mort.

Kyste hydatique inclus dans le poumon. Ce kyste avait suppuré et avait donné lieu à une vomique.

Appelé pour pratiquer l'empyème, M. Berger constata que le tissu pulmonaire dégénéré *adhérait à la plèvre* ; il put pénétrer directement dans la cavité kystique sans autre précaution ; il évacua le *pus* et une grande quantité de *vésicules hydatiques* (200 à 300).

Voulant débarrasser complètement la cavité, il fit des *injections d'acide borique*. A la troisième seringue, la malade se redresse,

expulse des vésicules par la bouche et *succombe dans un accès de suffocation.*

OBSERVATION XXVIII

TILLAUX, in Thèse de Behr.

Kyste hydatique du lobe gauche du foie ouvert dans le poumon gauche. Pneumotomie. Mort. Autopsie.

Femme, 45 ans. Souffrant depuis longtemps; le 19 octobre, elle est prise brusquement de point de côté violent, toux quinteuse, vomique très fétide de liquide puriforme. (Vésicules hydatiques flétries).

Diagnostic. — Kyste hydatique de la partie moyenne du poumon gauche ouvert dans les bronches et sphacélé.

Opération. — 23 octobre. Incision de 10 centimètres sur la dixième côte. Résection de cette côte sur 4 centimètres. Plèvre viscérale adhérente à la paroi. Ponction avec l'appareil Dieulafoy. On retire du pus et on sent que le trocart a pénétré dans une cavité. Incision au même point, au thermocautère, du tissu pulmonaire sur une épaisseur d'un demi centimètre. On tombe dans une cavité du volume d'une grosse orange. L'incision a été faite au niveau de la paroi supérieure. Les parois sont irrégulières et semblent partout fermées.

Deux drains.

24 octobre. Lavages boriqués; ils sont mal supportés.

30 octobre. Lavage au naphthol. Absès putride à la base de la poitrine du côté gauche. Incision. Quelques gaz et sérosité sanguine.

Mort le 2 décembre.

Autopsie. — Kyste hydatique du lobe gauche du foie, du volume des deux poings. La poche hépatique communique avec la cavité pulmonaire par une fistule traversant une lame de tissu pulmonaire correspondant à la base du poumon gauche.

La cavité pulmonaire, du volume d'une grosse orange, est anfractueuse, tapissée de débris sphacelés de parenchyme pulmonaire.

OBSERVATION XXIX

BIRD. Austral. Med. Journ. 1881, p. 171 (Traduite).

**Kyste hydatique de la plèvre droite. Ponction. Incision.
Extraction. Mort.**

M^{me} G..., mariée, deux enfants, 26 ans, côté droit du thorax plus large que le gauche. Douleur dans le côté et à l'épaule.

Matité, absence du murmure vésiculaire. — Ni moi, ni le docteur Martin, ne fûmes sûrs du diagnostic de kyste hydatique intrathoracique, car un kyste du foie pouvait donner lieu aux mêmes signes. En tous cas, nous résolûmes de faire une *ponction*. Le trocart fut introduit dans le septième espace. Il s'écoula trois pintes de liquide semi-purulent, contenant, au microscope, de nombreux crochets. Il ne s'ensuivit pas grande amélioration. Il y avait toujours de la matité mal définie à la base du poumon droit; le pouls fréquent, température élevée.

Dix jours après la ponction, je fis une *incision* entre la sep-

tième et la huitième côte et extrayai, sans la moindre difficulté, un large kyste hydatique à moitié décomposé, déchiré en plusieurs morceaux.

Le siège du kyste ne faisait plus de doute car je passai mon petit doigt à travers la blessure et sentis la face lisse et convexe du foie à travers la mince couche du diaphragme et de la plèvre.

Il s'échappa quelques onces de pus et de fragments du kyste et il s'écoula du sang veineux en assez grande quantité, mais l'hémorrhagie cessa vite — *Drain* — Grand soulagement pour la malade. Les symptômes fébriles et la douleur disparurent; les signes physiques ne révélaient plus un corps étranger dans le thorax. Et de fait, pendant plusieurs jours, tout promettait une rapide guérison.

Quinze jours après, la malade se plaignit de dyspnée, et en explorant la cavité de la plèvre avec un cathéter flexible, j'ouvris, à ma grande surprise, un autre kyste, d'où s'échappa environ dix onces de liquide hydatique parfaitement clair, pullulant d'échinocoques en pleine vitalité. Je réussis à *extraire aussi ce kyste* et fis de fréquents lavages de la plèvre avec la solution iodée. Il s'ensuivit encore un grand soulagement, mais la malade était condamnée à être la victime des parasites, car peu après elle fut prise d'accidents cardiaques.

De soudaines et alarmantes attaques de dyspnée se terminant généralement par une syncope. Au milieu de l'une d'elles, la malade succomba. La plèvre et le poumon semblaient complètement guéris.

Malheureusement pas d'autopsie.

Je suis convaincu que la cause de la mort fut un kyste hydatique du péricarde, ainsi que je le vis une fois. Un trait remarquable dans ces deux cas est la rapidité extraordinaire avec laquelle un nouveau kyste se développa dans le péricarde quel-

ques jours à peine, suffisant à causer des symptômes graves dans un cas, et la mort dans l'autre.

OBSERVATION XXX

M. VARNIER. Société anatomique, mai 1886, p. 377.

Kyste hydatique du poumon gauche (BASE) Ponction hydro-pneumothorax. Empyème. Mort. Autopsie.

Un homme entré dans le service de M. Duguet, avait, depuis trois jours, un point de côté avec matité, en arrière seulement, et pas de fièvre.

Huit jours après, on lui fit une *ponction* qui donna issue à un liquide clair comme de l'eau de roche, contenant des crochets d'hydatides. Le lendemain, il se mit à rendre des hydatides dans ses crachats, avec du liquide clair; puis du sang et il s'établit un hydropneumothorax. On fit l'*empyème* le 22 avril et rien ne sortit; mais le lendemain, on trouva des poches hydatiques dans le pansement. Un mois après, le malade était mort, l'autopsie révéla une tuberculose miliaire récente des deux poumons. On peut se demander, les antécédents du malade étant excellents, s'il n'y a pas eu infection par la plaie.

Autopsie. — La poche siégeait à la base du poumon gauche, séparée de la paroi costale incisée par une lame pulmonaire; d'autre part, il y avait, comme on le voit fréquemment, 2 bronches qui s'ouvraient largement, à plein canal, dans la poche.

M. Cornil, ayant fait une ponction dans un cas analogue, a vu tout à coup son malade suffoquer et mourir étouffé, par une vomique de liquide séreux. Il pense qu'il vaut mieux attendre que

ces poches hydatiques s'ouvrent d'elles-même, ce qui se produit moins brusquement.

OBSERVATION XXXI

MÉRY ET RIEFFEL. Société anatomique, 1883, p. 289. Service du D^r PROUST (examiné par M. DALCHÉ).

Kyste hydatique du poumon donnant les signes d'un pneumothorax. Bruit de flot. Empyème. Autopsie.

Femme de 46 ans. Bonne santé. Subitement prise d'un point de côté droit très violent, dyspnée. M. Dalché constate tous les signes d'un pneumothorax droit. 15 jours après, expectoration fétide, de coloration noirâtre, rappelant celle de la gangrène, *Bruit de flot très caractéristique.*

Diagnostic : Gangrène corticale.

L'empyème est pratiquée par M. Rieffel dans le 7^e espace. La cavité pleurale ne contenait ni air ni liquide. Sous le doigt, on trouvait le poumon assez mobile et libre d'adhérence; on n'avait donc pas affaire à un épaississement de la plèvre pariétale.

Revenant alors à l'hypothèse d'une collection enkystée, communiquant avec les bronches, nous faisons, en arrière, une *punction* avec l'aspirateur Potain. Il sort un peu d'air et du sérosité sanguinolente.

L'incision intercostale fut suturée au crin de Florence. Nous fûmes forcés d'admettre que nous avions devant nous, un cas de gangrène pulmonaire centrale.

Suites opératoires. — L'expectoration continua à présenter la même fétidité et, trois jours après, on vit apparaître, du côté gauche, des signes de broncho-pneumonie. — Mort.

Autopsie. — Les poumons s'enlèvent facilement ; même le poumon droit qui présente peu d'adhérences ; mais, une fois enlevés, on voit les $\frac{2}{3}$ inférieurs de ce poumon s'affaisser complètement, montrant qu'il existait là une vaste cavité. En effet, à la coupe, vaste cavité anfractueuse occupant les $\frac{2}{3}$ inférieurs. On y trouve une membrane d'hydatide, puis une dizaine de vésicules hydatides rougeâtres, de la grosseur d'un marron. Les parois de la cavité anfractueuses et irrégulières, sont recouvertes de débris noirâtres ; c'est là la cause de la fétidité de l'expectoration.

Il y a eu du sphacèle de la surface interne de l'excavation. Les parois sont très minces en arrière, formées par le tissu pulmonaire refoulé et scléreux et la plèvre viscérale ; elles ont à peine 3 ou 4 millimètres. En avant, il reste une certaine quantité du tissu pulmonaire, ce qui explique pourquoi le bruit d'airain n'existait pas.

On trouve une zone atelectasiée au dessus de la cavité, zone formée aux dépens de la partie supérieure du lobe moyen. Le lobe supérieur est seulement congestionné.

Remarque. Une grande excavation pulmonaire a pu donner tous les signes d'un pneumothorax et même le bruit de flot

OBSERVATION XXXII

E. THOMAS. Revue méd. suisse romande, 1895, p. 337.

**Kyste hydatique du poumon droit. Tuberculose. Vomique.
Pneumothorax. Mort. Autopsie.**

Homme, 33 ans. Mère morte tuberculeuse. Bien portant jus-

qu'en 1889. Alors, il ressent des douleurs dans la moitié droite du thorax ; les mouvements du tronc sont douloureux ; le malade se sent comme emprisonné dans un corset et une voussure ne tarde pas à se manifester à la base du thorax droit. Il entre en janvier 1891 dans le service du docteur de Cérenville, où il est traité pour un *kyste hydatique du foie*.

Trois ponctions successives semblent produire la guérison.

En janvier 1894, je le vis, dans mon service, où je le traitai pour une tuberculose du poumon droit au début. Je ne fus au courant de sa première maladie que plus tard, lorsqu'il me raconta avoir expectoré à deux ou trois reprises, une masse gélatineuse et transparente.

Il entra au mois de mai à l'hôpital dans le service du docteur Revilliod, pour être examiné dans l'idée qu'il pourrait être atteint d'un kyste du poumon. L'examen du poumon, pratiqué à plusieurs reprises dénotait la présence probable d'une pleurésie sèche avec bronchite et bacilles de Koch. A aucun moment, l'on ne put être certain de l'existence d'un kyste hydatique.

Le malade rentre à l'hôpital le 1^{er} avril 1895. Fièvre le soir, sueurs nocturnes abondantes. Caverne au sommet gauche. A droite, au sommet, inspiration rude et humée. Matité à partir du tiers supérieur de l'omoplate, respiration affaiblie, bruit de cuir neuf.

Vomique. — Le 15 avril, il rend brusquement, et sans douleur, 600 grammes de crachats se divisant en deux couches, muco-purulente et purulente; on y trouve trois crochets.

Immédiatement, on constata que les signes physiques avaient changé; la matité n'existait plus que dans une zone étroite le long de la colonne vertébrale; on constata tous les signes d'un *pneumothorax*.

Empyème. — 22 avril. — *Empyème* au niveau de l'espace intercostal. Issue d'un flot de pus très abondant, fétide et d'une

quantité considérable de membranes hydatiques. Le malade tousse en même temps beaucoup, et rend du pus par la bouche. Lavage boriqué. Deux drains.

23 avril. Le lavage n'est pas toléré; la communication avec les bronches est évidemment si vaste que le liquide arrive dans la bouche et menace d'étouffer le malade.

30 avril. Collapsus. Mort.

Autopsie. — Les deux poumons, particulièrement le droit, ne sont pas rétractés; très fortes adhérences sur toute leur étendue. Caverne au sommet gauche. Tuberculose moins avancée au poumon droit. Ce dernier est enlevé avec le diaphragme, le foie et le rein droit. Incisé, il présente une vaste cavité dans sa moitié inférieure contenant un peu de pus; le diaphragme auquel il est intimement uni, est détruit en partie et donne accès dans une cavité moins grande de la face convexe du foie, limitée par un tissu conjonctif. Deux grosses bronches s'ouvrent dans le foyer pulmonaire. Exsudat purulent dans le péritoine et la péricarde.

L'incision de la paroi costale venait déboucher dans la partie inférieure de la cavité pulmonaire et avait permis une évacuation complète du kyste.

OBSERVATION XXXIII

M. LÉONARD. Société anatomique, avril 1886, p. 288.

Ponction. Empyème. Mort.

Il s'agit d'un homme de 36 ans entré dans le service de M. Proust avec tous les signes d'un pneumothorax gauche. Une ponction fit évacuer deux litres de pus.

L'*Empyème* fut pratiquée et ne donna pas issue à des hydatides. Pourtant, l'homme étant mort le jour même par syncope, la plèvre fut trouvée pleine d'hydatides secondaires, à liquide clair ; hydatides vivantes, voyageant dans le pus.

La surface du poumon gauche est farcie de petits kystes. Il y en a également sur le péricarde. Mais la cavité pleurale n'est pas tapissée par une membrane hydatique.

M. Cornil explique le fait par la rupture d'un kyste hydatique dans la plèvre à la suite de l'empyème.

OBSERVATION XXXIV

DELAGÉNIÈRE (du Mans). Société de Chirurgie, juin 1893.

Kyste hydatique du poumon gauche ouvert dans la plèvre et traité successivement par la pleurotomie et l'extirpation du kyste. Guérison.

Une cuisinière ressent subitement une douleur dans le côté *gauche* de la poitrine. Dyspnée intense. Ces phénomènes disparaissent. Quelque temps après, nouvelle douleur du côté, suivie d'une *éruption d'urticaire*. Le médecin appelé constate l'existence d'un *épanchement* dans la *plèvre gauche*. La température est normale ; mais la *dyspnée* allant en augmentant, on pratique une *ponction* qui retire un liquide clair contenant seulement quelques globules blancs. Une deuxième ponction devient nécessaire, et le liquide se reproduisant encore, on proposa la pleurotomie qui fut pratiquée le 26 février.

Première opération. — M. Delagénère fit dans la septième espace une incision longue de huit centimètres. Il s'écoula un liquide clair et abondant, et, en écartant les côtes, on put aper-

cevoir nettement un kyste. On *l'incise*, on le vide des débris cellulaires sphacelés qu'il contenait et on *draine*.

Les jours suivants, on constate l'expulsion d'hydatides. D'ailleurs, l'examen microscopique des débris avait déjà permis d'affirmer qu'il s'agissait d'un kyste hydatique. On fit dans la suite des injections de sublimé. Mais l'état général ne s'améliorant pas, la malade accepta une opération plus radicale.

Deuxième opération le 28 avril. — Résection de 8 centimètres de la huitième côte, de 8 centimètres de la septième côte et de 6 centimètres de la sixième. Cela permet de pénétrer dans le parenchyme pulmonaire et *d'enlever en totalité la paroi du kyste. Guérison rapide.*

OBSERVATION XXXV (Traduite).

JAMES A. REID. *Intercolonial Medical Journal Australasia* 1897
page 609.

Kyste hydatique du poumon gauche. Pneumotomie. Guérison.

Georges M..., âgé de 37 ans, n'a jamais été malade avant l'affection présente. Il fut subitement pris, en parfaite santé d'un violent accès de toux avec expectoration de muco-pus. Quand j'arrivai près de lui, il en avait déjà rendu près d'une demi-pinte. Il ne se plaignait que de sa toux. Je trouvai une zone considérable de matité au poumon gauche, juste au dessous de l'angle de l'omoplate, avec absence des bruits respiratoires. De la crépitation rude entourait cette zone de matité ; il n'y avait rien

d'autre d'anormal dans le poumon. Me souvenant d'un cas précédent, je soupçonnai de suite un kyste hydatique. Je fis l'examen microscopique des crachats et trouvai des crochets. Le matin suivant, la température dépassait 100° F.

La toux et l'expectoration continuaient. On entendait maintenant un souffle caverneux léger et lointain au-dessus de la partie mate.

Je réséquai une partie de la sixième côte et ouvris la plèvre. Il s'écoula environ une demi-pinte d'un liquide sanguinolent, mais comme on ne put en mettre de côté, on ne put savoir si c'était du liquide hydatique ou non. Le poumon fut ponctionné en tous sens, mais on ne trouva ni cavité, ni liquide. L'exploration digitale ne me donna aucun renseignement.

Dans ces conditions, il n'y avait plus qu'à tamponner la plaie et à attendre les événements. Ils arrivèrent malheureusement trop vite. Environ une semaine après l'opération, je fus appelé d'urgence. Je trouvai le malade avec un pouls presque imperceptible, respiration faible, le visage pâle et anxieux, tous les signes en un mot, d'une grave hémorrhagie. Le lit était inondé de sang provenant de la plaie thoracique. Je tamponnai de suite la plaie avec de la gaze iodoformée, et j'injectai près de trente onces de sérum dans l'aisselle. Ceci eut un effet des plus marqués sur la respiration qui devint plus forte, mais n'en eut aucun sur le pouls qui resta à peu près le même.

On fit aussi une injection hypodermique de strychnine et on lui donna un lavement salé.

L'injection dans l'aisselle fut suivie de suppuration, mais cela était de peu d'importance, car elle était légère, et le malade était dans un état désespéré.

De temps à autre se produisaient des quintes de toux. Il y avait toujours un écoulement de pus dans la plèvre; ce n'est

qu'à la fin de la sixième semaine après l'opération que le premier kyste apparut dans le pansement. Il en sortit en quantités considérables pendant plusieurs semaines. La toux persista jusqu'à l'issue du dernier kyste; elle cessa subitement pour ne plus recommencer. Un ou deux petits kystes furent rendus en tousant. De l'iodoforme insufflé dans la plèvre était rapidement goûté par le malade.

Il y avait de temps en temps de la fétidité dans les crachats. Le drain fut enlevé quand l'écoulement du pus cessa, et le malade est maintenant guéri.

Un symptôme persista tout le temps de la maladie, que je ne puis m'expliquer : une sensation d'engourdissement et de fourmillement à la partie interne du bras gauche et de la main, qui n'a pas encore complètement disparu.

Il n'y avait pas de signe évident du siège de l'hémorrhagie; mais je crois qu'il est raisonnable de penser que l'hémorrhagie coïncidait avec la rupture du kyste dans la cavité pleurale, et qu'elle provenait d'un vaisseau du poumon à ce niveau.

OBSERVATION XXXVI (Traduite).

JAMES A. REID. *Intercolonial Medical Journal of Australasia*
1898, p. 522.

Kyste hydatique du poumon. Ponction. Pneumotomie. Guérison.

John W..., âgé de 34 ans, vient me consulter pour une grosseur douloureuse située à la partie postérieure de l'épaule droite. Cette tumeur débuta trois semaines avant que je ne visse le malade pour la première fois et augmenta de volume jusqu'à

remplir l'espace compris entre l'épine dorsale et l'épaule, et s'étendait depuis la première jusqu'à la onzième vertèbre dorsale. Cette tumeur était demi-fluctuante, située profondément et légèrement douloureuse au toucher. Le sommet du poumon droit était mat à la percussion jusqu'au niveau du mamelon et l'on n'entendait pas le murmure vésiculaire dans toute la partie supérieure du poumon. Il avait une toux fréquente avec expectoration muco-purulente.

Durant ces trois semaines, il avait eu plusieurs angoisses et quand je le vis, la température atteignait 102°F et le pouls 120. La tumeur avait été ponctionnée plusieurs fois par le médecin habituel du malade, mais sans résultat.

Une incision fut faite à la partie inférieure de la tumeur et une grande quantité de kystes hydatiques déchirés, teintés de sang et de mauvaise odeur, fut évacuée. Parmi ces débris, on trouva deux ou trois morceaux d'os nécrosés, apparemment des morceaux de côtes. Ces derniers donnaient une indication presque certaine quant au siège primitif du kyste. En examinant de plus près, on découvrit une ouverture à travers la paroi thoracique, en un point situé à peu près à mi-chemin de l'angle et de l'épine de l'omoplate. Cette ouverture était assez grande pour laisser pénétrer l'index dans une large cavité située au sommet du poumon droit à sa partie postérieure. Cette cavité était remplie par une grande quantité de débris de kystes hydatiques. En incisant largement, on vit qu'il manquait une portion de côte, correspondant aux fragments trouvés dans le sac extérieur. Il ne pouvait plus maintenant y avoir de doute, le kyste s'était primitivement développé dans le parenchyme pulmonaire ; il avait, par pression, ulcéré une portion de côte ; son contenu s'était fait jour consécutivement dans les plans inter-musculaires de la partie postérieure de l'épaule. Le contenu du kyste s'était réuni sous le muscle trapéze et avait fait son chemin en haut sous le

rhomboïde et l'élevateur de l'angle de l'omoplate jusque dans le triangle postérieur du cou.

On n'essaya pas de laver la cavité pulmonaire, mais on plaça un gros drain et, pendant plusieurs heures, il s'écoula une grande quantité de débris hydatiques. A la suite de cet écoulement, la matité qui existait précédemment au sommet du poumon a fait place à de la résonnance. Une tentative ultérieure de lavage inonda les bronches.

Le reste de l'histoire de ce cas n'offre pas d'intérêt. La guérison se fit d'une manière régulière.

On examina souvent les crachats muco-purulents, jamais très abondants, mais on ne put trouver de crochets.

OBSERVATION XXXVII (Traduite).

JAMES A. REID. Intercolonial med. Journal of Aust.
20 septembre 1897, p. 608.

Kyste hydatique du poumon droit. Pneumotomie. Guérison.

Franck B..., 32 ans, eut une fièvre typhoïde, il y a six ans, compliquée d'une pneumonie du poumon droit. Il a souffert depuis lors d'une toux plus ou moins forte et d'expectorations muqueuses. La partie inférieure de son poumon *droit* est restée mate avec une diminution du murmure respiratoire. Il consulta plusieurs médecins pour sa toux, moi, entr'autres, mais tous les diagnostics furent loin de la vérité. Le 9 novembre dernier, il eut un refroidissement en revenant de la chasse.

Le 11, il eut un violent accès de toux qui dura 4 heures sans interruption. Durant cet accès, il rendit en toussant, de grandes

quantités de liquide muqueux et écumant qui était légèrement teinté de sang et était un peu fétide.

Quand je le vis, il respirait bruyamment, avec difficulté comme s'il avait un grave accès d'asthme. La base du poumon droit était mate à la percussion en arrière. Cette matité était limitée en avant par la ligne axillaire.

Dans toute cette zone, il y avait absence de murmures vésiculaires, mais dans le reste du poumon, il y avait de gros râles muqueux et ronflants. A ce moment, la température était normale.

Tout resta dans cet état pendant une semaine environ. Il eut des quintes de toux violentes et répétées, avec une expectoration ayant les caractères déjà indiqués.

Le huitième jour de la maladie, il eut une quinte de toux des plus graves, pendant laquelle il rendit presque une pinte de pus horriblement fétide, ayant l'odeur de gangrène pulmonaire. De fréquents examens microscopiques ne révélèrent pas la vraie nature de la maladie.

Vers la fin de la troisième semaine on entendit que la respiration était caverneuse dans la région axillaire inférieure. Depuis quelque temps, la température avait les caractères d'une température de septicémie.

Il fut alors décidé de tâcher de drainer la cavité en réséquant une côte et en ouvrant la plèvre. C'est ce qui fut fait. On évacua une grande quantité de pus fétide.

Aucun kyste ne sortit alors.

A la fin de la deuxième semaine, après l'opération, le premier kyste sortit et, pendant les quelques jours qui suivirent, un grand nombre de kystes furent trouvés dans les pansements, provenant du premier kyste.

Jamais le malade ne rendit de kyste en toussant.

On essaya plusieurs fois de faire des lavages de la cavité, mais on dut les abandonner, car le malade rendait le liquide dans

les quintes de toux, ce qui occasionnait des symptômes de suffocation. Dès lors, la convalescence fut lente durant plusieurs semaines, mais le malade retrouva vite la santé.

L'incident suivant montrera combien il est nécessaire d'avoir un garde-malade à qui on puisse se fier entièrement.

Je fus appelé un matin en toute hâte et trouvai le malade angoissé, manquant de respiration et presque sans pouls. Je découvris que la garde-malade avait mal introduit le drain, la veille au soir, et qu'il était sorti la nuit, de sorte que le malade était noyé par l'inondation du poumon opposé, par le pus qui ne pouvait s'écouler.

On fit plusieurs tentatives pour enlever le tube, mais on dut les abandonner à cause des menaces de semblables attaques et, ce n'est qu'au bout de sept mois, qu'on put ne plus en faire usage.

Le malade est maintenant en très bonne santé.

OBSERVATION XXXVIII (Traduite et résumée).

J. WOOD. *Intercol. med. of Austral.* 1898, p. 476.

Kyste hydatique du poumon droit. Pneumotomie. Guérison.

W. S., garçon de 8 ans, entre à l'hôpital le 21 septembre 1897. Toux constante depuis 4 mois, amaigrissement, sueurs nocturnes. Depuis deux ans, *douleurs vives* dans le côté droit. Pas de dyspnée ni d'hémoptysie. Bon appétit jusqu'à il y a 15 jours, moment de son admission. A ce moment, fièvre et toux plus opiniâtres.

A son entrée, la température est 102° F., respiration 42.

Moindre expansion thoracique à droite, matité partout, en avant et en arrière. Murmure respiratoire à peine perceptible dans l'aisselle droite, au dessous de la 3^e côte et à la base en arrière.

Pas de déplacement du cœur ni du foie.

Pendant 7 jours, après son admission, la température est de 102° à 104° F, respiration de 36 à 50. Pouls, 100 à 120. Toux très tenace.

Ponction exploratrice sous l'angle de l'omoplate. On retire environ 15 minims de liquide clair. Le liquide contenait des chlorures, mais pas d'albumine et pas de crochets.

Diagnostic : Kyste hydatique du poumon droit à la base avec pneumonie du sommet droit. Le 2 octobre, incision le long 5^e côte, résection d'1/2 pouce de la côte. Trocart enfoncé dans la voussure et 22 onces de liquide peu coloré s'échappent. Une incision fut alors pratiquée et le kyste fut extrait au moyen de pinces.

La plaie fut en partie suturée avec du catgut.

Le malade a un shock considérable après l'opération, nécessitant de la strychnine et de l'eau-de-vie.

4 heures après l'opération, vomissements de liquide teinté de sang.

2 jours après, pansement. Un emphysème considérable fut trouvé autour de la plaie.

Un peu de liquide s'était écoulé.

Le 11 octobre. Il ne s'écoule plus rien. Toux et expectoration abondante quand l'enfant se remue dans son lit.

Le 15 décembre. Température normale; de temps à autre, crachats purulents.

Le 26. Sorti en bonne santé.

OBSERVATION XXXIX (Traduite et résumée).

JEFFREYS WOOD. Interc. med. J of. Aust., 1888. p. 435.

Kyste hydatique du poumon droit. Pneumotomie. Guérison.

L. W., jeune fille de 10 ans, admise à l'hôpital le 12 décembre 1895. Toux persistante avec *douleurs aiguës* dans le côté droit, augmentées par la toux et le rire. Elle était souffrante depuis un an, toussant constamment, ayant des sueurs nocturnes.

15 jours avant son entrée, elle fit une chute et tomba sur le côté droit. 6 mois auparavant, elle eut une pleurésie.

A droite, zone de matité, etc.

Une ponction exploratrice laisse s'écouler 15 minims de liquide limpide. Pas de crochets à l'examen.

Opération. Le 15 décembre 1895 un inch de la 6^e côte fut réséqué et une incision fut faite dans la plèvre qui bombait; après une seconde ponction exploratrice. 15 onces de liquide furent évacuées et la poche fut enlevée à l'aide d'une longue pince à mors.

Une petite quantité de mucus sanguinolent fut évacuée par la bouche et les narines durant l'opération. *La plaie pleurale fut suturée au catgut et la plaie dans la paroi fut suturée sans drainage.*

Un état de collapsus survint à minuit le 1^{er} et le 2^e jour après l'opération, mais de la strychnine et des boules d'eau chaude en vinrent facilement à bout.

Le 18 décembre, on retire les points de suture ; la plaie est solidement fermée.

L'enfant sort le 28 décembre sans toux.

En juin 1896, l'examen de la poitrine montre que la matité a disparu et que le murmure vésiculaire s'entend partout dans les deux poumons.

CONCLUSIONS

Le diagnostic des kystes hydatiques du poumon est extrêmement difficile à faire. Au début, il peut être impossible.

Il n'est absolument certain que quand on a sous les yeux du liquide renfermant les crochets pathognomoniques et des débris de membranes hydatiques dont les caractères ne peuvent laisser de doute sur leur nature.

La maladie abandonnée à elle-même aboutit le plus souvent à la mort (73 o/o des cas). La guérison naturelle est presque toujours obtenue par la rupture du kyste et l'évacuation de son contenu à l'extérieur.

Le traitement chirurgical doit seul être pratiqué.

La ponction occasionne souvent la rupture du kyste. Elle a souvent été ainsi la cause de la mort.

C'est une opération *incomplète*, puisqu'elle n'enlève que le contenu du kyste en laissant sa paroi, et *dangereuse*, puisqu'elle donne une mortalité de 63,88 o/o.

L'opération radicale comprend la pleurotomie et la pneumotomie. Elle a pour but l'incision large de la poche ou son extirpation.

Elle peut être suivie du drainage de la cavité ou de la suture. Cette dernière est à recommander.

Les lavages doivent être proscrits, ils occasionnent parfois des accidents graves de suffocation qui peuvent entraîner la mort.

L'opération radicale s'impose comme étant la méthode de choix ; elle donne 85,18 o/o de succès.

Vu : Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

LANNELONGUE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Lamarque.* Journ. de méd. de Bordeaux, 1895.
- Sée.* — Des Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon, 1885.
- Vigla.* — Les Hydatides de la cavité thoracique. — Archives de méd., 1855.
- Hearn.* — K. hydatique du poumon et de la plèvre. — Thèse de Paris, 1875.
- Roger.* — Kystes hydatiques du poumon chez l'enfant. — Soc. méd. des Hôp., 1861.
- Tœplitz.* — Echinocoque du poumon chez un enfant de 5 ans. Berlin, Klin. Woch, 1877.
- Widal.* — Kyste hydatique du poumon simulant une tuberculose aiguë. Gaz. des Hôp., 1872.
- Quain.* — Trans. of Path. Soc., 1853.
- Broadbent.* — On a case of hydatids of right lung simulating pneumothorax. The Lancet, 1878.
- Gibier et Cornil.* — Soc. Anat., 1882.
- Bard et Châbannes.* — Revue de méd., 1888, p. 177.
- Federici.* — Kyste hydatique guéri après vomique. Riv. clin. di Bologna, 1882.
- Vigla.* — Soc. méd. des Hôp., t. III, p. 302.
- Moutard-Martin.* — Union médicale 1863.
- Lehmann.* — Thèse de Paris, 1882.
- Truc.* — Thèse de Lyon, 1885.

- Finsen.* — Archives gén. de méd., 1869.
Chachereau. — Thèse de Paris, 1884.
Létienne. — Article : Hyd. du poulmon, Manuel de médecine de Debove et Achard, p. 407, t. II.
Mitchel Bruce. — The Practitioner, 1882, t. II, p. 266.
Ducellier. — Étude clinique sur la tumeur à échinocoques multiloculaire du foie et des poulmons. Paris, 1868.
Bird. — Medical Times, 1873, t. II, p. 164. — Sur le traitement des kystes hydatiques dans les viscères.
Bezou. — Thèse de Paris, 1892-93.
Dolbeau. — Thèse de Paris, 1856.
Cadet de Gassicourt. — Th. de Paris, 1856.
Trousseau. — Cliniques, t. I.
Sidney Philipps. — Soc. clin. de Londres, déc. 1890.
Béclère. — Les rayons de Rœntgen et le diagnostic de la tuberculose. Paris, 1898
A. Guérin. — Archives cliniques de Bordeaux, 1897.
Rebière. — Thèse de Paris, 1894-95.
Gerulanos. — Recherches sur le pneumothorax opératoire. — Presse médicale, 1899, p. 19.
Mirallié. — Revue générale. — Gazette des Hôpitaux, 1893, n° 12.
Delgrange. — Thèse de Paris, 1879.
Carabianca. — Thèse de Paris, 1888-89.
Lorieux. — Thèse de Bordeaux, 1889.
Behr. — Thèse de Paris, 1894-95.
Marfan. — Article : Kystes hyd. du poulmon. — Traité de médecine, t. IV.
Dieulafoy. — Pathologie interne,

